FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1908, à 1 heure

Par M. Camille STRELETSKI

Né à Coulommiers (Seine-et-Marne) le 24 septembre 1881.
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ESSAI SUR CH. LASÈGUE

1816-1883

« Les vivants sont toujours, et de plus en plus, « gouvernés nécessairement par les morts ; telle est « la loi fondamentale de l'ordre humain. »

(Aug. Comte, *Catéchisme positiviste*, 2e Entretien.)

Président : M. BALLET (Gilbert), *professeur.*

Juges : MM. GILBERT, *professeur.*
BROCA (André), }
CARNOT, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	DEJERINE.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALLET (GILBERT)
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. N... RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN	MAILLARD.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Messieurs

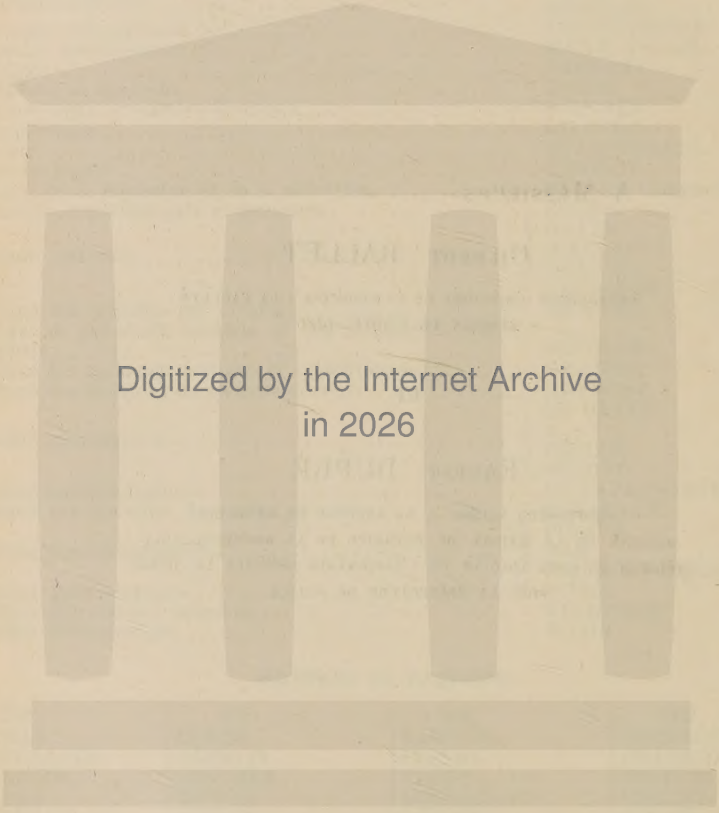
Gilbert BALLET

PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE A LA FACULTÉ
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

ET

Ernest DUPRÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE LA MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD
MÉDECIN EN CHEF-ADJOINT DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPÔT
PRÈS LA PRÉFECTURE DE POLICE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/essaisurchlasegu0035mcam

AVANT-PROPOS

« Avez-vous lu Baruch ? C'est un bien beau génie ! » criait La Fontaine, encore tout plein d'admirative émotion, après la lecture d'une belle prière attribuée au disciple de Jérémie.

Eh bien ! comme beaucoup d'autres l'ont fait avant moi, j'ai lu Lasègue, et tout ce qui va suivre ne sera, en vérité, que le commentaire sec et incomplet d'inimitables pages dont chaque ligne est à lire et que toute analyse mutile.

Pourtant, j'ose espérer que mon admiration pour Lasègue suffira à excuser ma présomption.

ESSAI SUR CH. LASÈGUE

(1816-1883).

« Les vivants sont toujours, et de plus en plus, gouvernés nécessairement par les morts ; telle est la loi fondamentale de l'ordre humain. »
(Aug. Comte, *Catéchisme positiviste*, 2e Entretien.)

I

Ernest-Charles Lasègue est né à Paris le 5 septembre 1816 (1), « d'une famille qui y habitait depuis plusieurs générations, particularité qu'il aimait à rappeler non sans une légère pointe d'orgueil » (A. Ritti).

Son père, « botaniste distingué », l'envoya de bonne heure au lycée Louis-le-Grand, où l'adolescent connut ses premiers succès et se fit remarquer par son amour des lettres et de la philosophie.

Lauréat au concours général, il est licencié ès lettres le 27 juillet 1838, à 22 ans. Il comprend le grec à livre ouvert ; « quant au latin, il lui était devenu familier à ce point, qu'il con-

(1) Il faut lire, au sujet de la vie et de l'œuvre de Lasègue :

1° *Notice sur le professeur Lasègue*, par V. Hanot, in *Archives générales de Médecine*, juillet 1883, et les nombreuses notices nécrologiques publiées, en 1883, dans la *Gazette des hôpitaux*, l'*Union médicale*, la *Tribune médicale*, etc...

2° *Eloge du professeur Ch. Lasègue*, par A. Ritti (Paris, Doin, 1885), lu à la séance publique annuelle de la *Société médico-psychologique* du 27 avril 1885.

3° *Eloge de M. le professeur Lasègue*, par A. Motet, lu dans la séance annuelle de l'*Académie de médecine* du 15 décembre 1896.

versait aisément en cette langue, avec une grande élégance et sans hésitation » (Ritti).

Au mois d'octobre de la même année, il est répétiteur de philosophie, et la suppléance de Cousin, professeur de philosophie à Louis-le-Grand, lui est offerte. Il conserve ses fonctions pendant deux ans.

Entre temps, en 1839, il prend sa première inscription de doctorat à la Faculté de médecine de Paris.

En 1841, Lasègue fait la connaissance de Claude Bernard et de B.-A. Morel, le premier, interne de J.-P. Falret à la Salpêtrière, le second, « jeune docteur à la recherche d'une position sociale, se livrant avec ardeur à des études de pathologie mentale, sous la savante direction du maître de son ami Bernard » (Ritti). Falret père en est encore à sa « phase psychologique » et l'école écossaise, avec Reid et Dugald-Stewart, triomphe sous l'impulsion de Cousin et de ses disciples. Aussi, les trois amis rêvent-ils d'appliquer leurs principes à la diagnose et au traitement de l'aliénation mentale, et Lasègue ne s'y montre ni le moins assidu ni le moins enthousiaste. Il conservera, d'ailleurs, de son passage à la Salpêtrière, un pieux souvenir, et de J.-P. Falret, un filial respect. Il écrit, dans sa notice nécrologique sur le Dr J.-P. Falret, en 1871 : « On vivait ainsi dans une amicale activité d'esprit dont aucun de nous n'a perdu le souvenir... Le Maître a su, qualité rare entre toutes, faire des élèves, instruits à son école, mais indépendants et dont pas un n'a suivi servilement sa trace. C'est à ce signe, paradoxal en apparence, qu'on reconnaît le talent du professeur. Tout enseignant qui transmet son idée à des copistes, éteint l'activité des élèves, et la valeur souveraine du maître n'est pas d'imposer un système, mais d'imprimer une impulsion dont il ne limite ni la portée ni l'avenir. »

Du rez-de-chaussée que, de concert avec « le préparateur encore inconnu, mais qui portait en lui le génie de la médecine ex-

périmentale » (Hanot), il avait loué rue Saint-Jacques (1), Lasègue arrive à Necker où il fait la rencontre de Trousseau. Il devient, dès lors, le disciple préféré de l'illustre auteur des *Cliniques de l'Hôtel Dieu* et la mort, seule, les séparera.

Puis, tout en poursuivant ses études médicales, il publie, en collaboration avec Morel, dans les *Annales médico-psychologiques*, de janvier 1844 à juillet 1845, une série d'études sur l'école psychique allemande » représentée par Heinroth, Langermann et Ideler. Ce sont ses premiers travaux.

Quelques généralités servent de préambule à cette série d'articles publiés « dans l'espérance de rendre quelques services à la science. » Car « les différents systèmes qui, dans ces derniers temps surtout, ont présidé à l'étude de l'aliénation mentale, sont malheureusement peu connus en France. Soit que la préoccupation d'une direction nouvelle imprimée à cette partie de la science ait absorbé tous les esprits, soit qu'on ait été persuadé qu'il y avait peu d'emprunts à faire aux auteurs étrangers, on s'est renfermé dans l'observation présente et dans les inductions qu'il était légitime d'en tirer (2) ».

Ceci dit, les auteurs qui ne veulent pas se contenter « d'énoncer des faits » mais essaient « d'en expliquer la liaison », remontent, dans le passé, « période d'incubation de la science » jusqu'au XVI[e] siècle « qui commence, en quelque sorte, notre ère scientifique ». Il ne faut pas oublier les noms trop peu connus de Jean Weyer, Français par ses études, Allemand par sa naissance et précurseur de Pinel (« *De prestigiis Demonum et incantationi-*

(1) Ils donnaient là un cours privé de physiologie, où Claude Bernard, le « grand silencieux », était chargé des vivisections que Lasègue expliquait et commentait devant les élèves.

(2) « L'école psychique allemande », in *Etudes médicales*, I, p. 1.

bus »), de Paul Zacchias, qui contribua à montrer les étroites connexions de la médecine légale et de l'étude de l'aliénation, de Stahl enfin, à la fois philosophe et médecin, le père incontesté de l'école psychique allemande, l'illustre précurseur d'Heinroth.

Heinroth, né à Leipsig en 1773 et mort dans la même ville en 1843, médecin d'un « grand hôpital d'aliénés », en pratique comme en théorie, hardi, « consciencieux et sévère », personnifie et résume en lui les qualités et les exagérations de la doctrine.

Son « *Etude des troubles de l'âme et de leur traitement* » (1818) peut être considérée comme le résumé du système. Si des médecins « ont appelé la philosophie au secours de la médecine des aliénés », Heinroth, lui, « prétend constituer la médecine en vertu des principes de sa philosophie ». « L'homme vit, en tant qu'homme, par la raison »... Et, non content de rechercher le *comment* de l'évolution humaine vers la raison, le professeur de Leipzig prétend en rechercher le *pourquoi*. « Par cette recherche continue et profonde, il est conduit à découvrir au dernier terme de la science la moralité supérieure, comme principe des actes de l'homme qui vit en harmonie avec sa fin dernière : le bien... Toute loi est donc subordonnée à la loi morale. La moralité doit être le but de tous nos efforts ; elle est en même temps la mesure de notre amélioration. Plus nous vivons détachés de tout le reste, libres du monde, des sens, de notre individualité elle-même, pour tendre à nous abstraire dans cet attribut divin, plus nous sommes près de la perfection... L'entendement est subordonné à la conscience ; l'homme intelligent n'est que l'homme de bien, *vir bonus* ; la moralité est la loi normale de l'activité humaine. »

Ainsi conclut le métaphysicien. Que va faire le médecin ? Que va-t il retirer de « ces théorèmes philosophiques » ? Car Heinroth n'a pas seulement « tenté d'élever un de ces édifices philosophiques qui demeurent éternellement en dehors des réalités de la vie : il aurait peu ajouté aux acquisitions de la science ». Mais il

a eu en vue le traitement de la folie, et le « seul criterium de ses propositions est dans la légitimité de leur pratique » (*id.*). Il « théorise » donc la folie comme il théorise l'état de santé et l'état maladif, pour, finalement, considérer l'aliénation « comme une altération maladive de la moralité » (Lasègue). Le péché est la cause des troubles psychiques, comme il est la cause de tous les maux humains et le point capital de la thérapeutique est le « traitement direct de l'âme, seule puissance digne de la lutte que le médecin doit soutenir ». Deux mots suffisent pour en résumer les conditions et l'énergie : la foi et la volonté. Par la foi, le médecin acquiert une force inébranlable. Par la volonté, il devient actif et travailleur. La foi n'est qu'une force virtuelle, qui passe à l'acte par le vouloir. Le médecin est donc par soi et en soi le véritable agent. Heinroth va jusqu'à dire le seul. « Car la volonté domine et gouverne par sa seule présence, et une âme saine est aussi bien capable de guérir au contact une âme pervertie, qu'un esprit dépravé est susceptible d'en gâter un autre. » Heinroth semble s'être attaché à développer cette idée d'un livre fameux : « Commencez par bien établir la paix dans vous-même, vous pourrez ensuite la procurer aux autres » (*Imitat. de J.-C.*).

Ces conceptions éthiques et religieuses de l'aliénation, interprétations métaphysiques qui n'ont plus, à l'heure actuelle, qu'une valeur historique, ont été, pour la première fois, analysées par Lasègue. Il justifiait, d'ailleurs, son choix de la façon suivante : « La doctrine d'Heinroth, citée bien des fois, l'a été trop souvent avec une sorte de raillerie facile, d'ailleurs, à déverser sur les systèmes sérieux et tellement pressés que ce n'est qu'avec effort qu'on en peut suivre la trame. Sans accepter, bien s'en faut, toutes les idées d'Heinroth, nous les trouvons assez souvent vraies pour qu'elles soient toujours respectables. Aussi, en exposant avec conscience l'ensemble de sa théorie, nous croyons non seulement rendre quelques services à l'aliénation, mais relever la

mémoire d'un homme qu'on a plus souvent critiqué chez nous qu'on ne l'a lu (*ibid.*).» N'oublions point non plus qu'Heinroth a traduit en allemand, commenté et annoté toutes les œuvres de Pinel, ainsi que celles d'Esquirol avec qui il était intimement lié.

Heinroth était le représentant de la métaphysique appliquée à l'étude de l'aliénation mentale, Langermann, et Ideler, son élève favori, sont les représentants de la psychologie appliquée, et c'est « l'intervention de la psychologie proprement dite dans la théorie et le traitement de la folie » que Lasègue se propose d'apprécier dans la seconde partie de ses études historiques qu'il écrit, cette fois, sans le concours de Morel. Il fait preuve, là encore, d'une érudition philosophique étendue et d'une merveilleuse puissance d'analyse. Cet article qu'il faut, en réalité, considérer, ainsi que le remarque Hanot,comme « un acte de révolte contre l'intrusion de la psychologie dans la médecine mentale (1) nous guide à travers les méandres de la pensée de son auteur (Ideler), écarte, sans qu'il y paraisse, les plus grandes difficultés, et nous laisse charmés et contents de nous-mêmes, car il nous a aidés à com prendre un système qui a sa grandeur mais aussi ses obscurités » (Ritti).

Le 25 février 1846, Lasègue, qui n'avait pu concourir à l'Internat, présente et soutient sa thèse de doctorat, en la dédiant à Benjamin Delessert, à J.-P. Falret « dont l'amitié lui est précieuse, et dont la haute expérience lui a été si utile dans l'étude de la folie » et à Trousseau, ce maître « aux vues ingénieuses, aux conceptions neuves, à la pratique heureuse et hardie ».

Cette thèse de 60 petites pages était le fruit d'un travail de plusieurs années, pendant lesquelles l'étudiant avait lu, « la plume

(1) *Loc. cit.*

à la main, les grands *in-folios* au latin rugueux » (Ritti) du professeur de Halle.

Stahl, en vérité, avait fait l'objet de travaux antérieurs, et Broussais, par exemple, dans son *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*, consacre à l'animisme un assez long chapitre.

Mais, nous devons savoir gré à Lasègue de nous avoir exposé, mieux que quiconque avant lui, la doctrine du grand penseur allemand, auquel, d'ailleurs, se rattachaient profondément ses sympathies.

« Stahl appartient moins à l'histoire de la science qu'à la science elle-même. Ses idées ne sont pas de celles dont on peut dire qu'elles n'ont jamais fait leur temps. Vraies ou fausses, elles tiennent, de leur grandeur et de leur généralité, une vitalité trop puissante pour mourir à la peine, comme les petits systèmes et les demi-doctrines. Stahl revenant aujourd'hui, philosophe et médecin (1), aurait encore le droit de dire les opinions qu'il professait voilà plus d'un siècle...

En exposant la théorie médicale de Stahl, je n'ai pas en vue d'entreprendre un travail historique ; j'ai cherché seulement à mieux faire connaître quelques-uns des arguments qui viennent militer en faveur du vitalisme. Je ne pouvais mieux accomplir cette tâche qu'en essayant de me faire l'interprète du génie le plus fécond, le plus puissant et en même temps le plus méconnu, qui ait voué son intelligence au service de la même cause. » Suit un exposé lumineux et concis d'une doctrine qui n'est que l'exagération des théories platoniciennes, et qui considère le corps comme « l'instrument et l'officine de l'âme » (Boinet) (2). *Mens agitat molem*. Stahl réagissait contre un néo-

(1) « Le médecin philosophe est égal aux dieux », dit Hippocrate.

(2) E. Boinet, *Les doctrines médicales. Leur évolution*. Bibliothèque de philosophie scientifique. Paris, Flammarion, 1907.

cartésianisme qui prétendait résoudre le problème des phénomènes vitaux par la mécanique et la chimie seules, sans le secours du monde de l'âme. Le stahlianisme est « l'expression la plus outrée de la spiritualité de la vie » (Claude Bernard).

On a reproché à Lasègue d'avoir montré quelque faiblesse pour un système qui comporte un grand nombre d'exagérations, d'erreurs ou d'hypothèses. Mais il ne s'en défendait point, et s'excusait de sa prédilection et de son choix, en déclarant que « si on devait rayer du catalogue des auteurs à méditer ceux qui se trouvent dans le même cas, l'éducation médicale ne serait ni faite ni à faire » (*loc. cit.*). N'oublions pas qu' « il y a toujours une part de vérité dans les grandes erreurs » (La Rochefoucauld). Les doctrines médicales, véritables étapes de la médecine, ont préparé la route aux idées modernes, et celle de l'illustre précurseur de la grande découverte de la tonicité des vaisseaux capillaires (*motus tonicus* ou *motus tonico-vitalis*) et des circulations locales, méritait l'attention d'un artiste. La traduction et le résumé explicatif de Lasègue sont un digne hommage au père du traitement moral de la folie (1), « qui devait,par la suite,compter tant de partisans et faire si peu de progrès (2) ». Et la thèse

(1) Sylvius de le Boë disait déjà en 1620 : « Quiconque ne sait traiter les maladies de l'esprit, n'est pas médecin. J'ai eu à soigner un grand nombre d'affections de cette nature ; j'en ai guéri beaucoup, et bien plus assurément par les impressions morales et le secours du raisonnement, qu'à l'aide des médicaments (Francisci Deleboe Sylvii medicinae praticae opera. Venetiis, 1733 ; in Trélat , *Recherches historiques sur la folie* (Paris, J.-B. Baillière, 1839).

(2) Lasègue consacre, en 1846, dans les « *Annales médico-psychologiques*, un long article aux « questions de thérapeutique mentale ». Facile à appliquer est le traitement administratif : les règles en sont simples et les préceptes nettement formulés. Il n'en va, malheureusement, pas de même de la cure individuelle, « cura singularis », « la plus importante et la plus difficile en même temps à réduire à des lois positives ». Lasègue, en réalité, n'accorde qu'une confiance limitée à ce qu'il appelle la « méthode raisonnante » et la « méthode sentimentale ». La première, « pédagogie appliquée

s'achève par les lignes suivantes : « Quant aux autres parties de la médecine, je ne crois pas qu'on puisse accorder au professeur de Halle un meilleur éloge que de dire : Bordeu est tout entier dans Stahl, mais tout Stahl n'est pas dans Bordeu. »

Lasègue, dont l'intérêt pour Stahl éclate à chaque page de son travail inaugural, devait revenir plus tard sur un sujet qui lui était cher.

En 1860, dans les *Archives générales de médecine*, un article paraît, qui s'intitule « *du Vitalisme* » et dont une récente discussion à l'Académie de médecine a fourni le prétexte. Je ne saurais résister au plaisir d'en citer les principaux passages.

« Le vitalisme vient de fournir, à l'Académie de médecine, la matière d'une discussion qui a occupé de nombreuses séances. Soulevé à l'occasion d'un agent thérapeutique, le perchlorure de fer, et à titre d'épisode, la question philosophique a bientôt étendu ses proportions, et elle a fini par faire oublier la source la plus modeste où elle avait pris naissance. Nous nous sommes tenu en dehors de ce débat auquel s'associait ardemment la presse médicale, et il est au moins douteux qu'on se soit aperçu de notre silence.

« Ces grands problèmes ne nous ont jamais paru rentrer dans la mesure des débats académiques et nous ne croyons pas davantage qu'ils se prêtent à la polémique écourtée d'une publication périodique.

« Dans une de ses plus brillantes comparaisons, un écrivain religieux du XVII^e^ siècle enseignait que les petites lumières s'éteignent au souffle du vent, tandis que les plus grandes s'y ravivent ; on pourrait dire, avec non moins de vérité, qu'il faut de vastes foyers pour fomenter un

---

aux hommes faits », ne saurait convenir à toutes les phases de l'aliénation et ne peut jouer qu'un rôle secondaire. La seconde, plus sûre ou plus efficace, est d'une application particulièrement difficile. Lasègue ne le méconnaît pas, et ses excursions psychologiques l'acculent, finalement, à l'affirmation suivante : « Il n'y a de médecins actifs que ceux qui ont foi dans les ressources merveilleuses de la nature, et espèrent de la santé plus qu'ils ne désespèrent de la maladie. » « C'est, dit A. Ritti, l'expectation érigée en principe. » (*Loc. cit.*).

incendie. Sans larges et libres développement, les discussions philosophiques ne s'alimentent pas ; elles jettent quelques lueurs et s'éteignent, laissant dans les esprits inexpérimentés l'opinion que des querelles de mots dissimulent tout au plus l'insuffisance des idées....

« Si élevé qu'ait été le talent des orateurs académiques, ils étaient, par la force des choses, astreints à des omissions inacceptables et contraints plus ou moins de discourir au clepsydre. Chacun mettait en saillie une face de la question ou réfutait d'autres fragments d'argumentations : aucun n'avait le droit, parce qu'aucun n'avait le loisir d'exposer une doctrine. .

« A son insu, l'orateur se monte ou se descend au niveau supposé de ceux qui l'écoutent ; pour être clair, il devient banal, pour être rigoureux, il mutile son idée, ou ce qui est plus périlleux encore, pour paraître brillant, il se fait paradoxal...

« Chaque époque, chaque génération a sa manière qui lui est propre d'envisager les questions philosophiques. En médecine comme ailleurs, on ne se répète pas à vingt ans de distance, et, dût la même idée se reproduire, elle revient tout au moins transformée par le costume qu'un nouveau milieu lui impose..... »

Ces judicieux prolégomènes une fois établis, Lasègue entre en plein sujet, et on peut dire de lui, en paraphrasant un mot célèbre, que sa science est une langue bien faite :

« Le mot de vitalisme est une nouveauté : on pourrait presque marquer sur le calendrier le jour où il a pris naissance..... Il est prudent de s'entendre sur le sens même de cet appellation. En l'absence de ce préliminaire indispensable, on attaque ou on défend des à peu près dont la responsabilité n'est acceptée par personne. Puis, quand la discussion est close, les adversaires apparents sont les premiers étonnés d'avoir été si peu divergents, qu'ils aboutissent sauf les nuances, aux mêmes conclusions, et qu'ils ont l'honnête naïveté d'avouer au public une conformité d'opinion dont ils ne se doutaient pas.

« Combien y a-t-il par le monde médical de vitalistes ou d'antivitalistes qui n'en avaient pas conscience ; la discussion leur fait une conviction éphémère, et ils optent jusqu'à nouvel ordre, parce qu'ils n'ont à voter scientifiquement que par oui ou par non.....

« Le vitalisme eut la portée d'un dogme philosophique et non pas seulement d'un système à l'usage des medecins....

« A ce propos, d'ailleurs, n'oublions pas « qu'il importe de pénétrer dans l'esprit des doctrines anciennes, si l'on veut comprendre le vitalisme moderne. Ces théories de la vie qui se sont succédé n'ont pas la valeur de créations originales, filles de leur œuvre et dépourvues de généalogie ; elles ont eu pour fonds commun cette unité artificielle, mais imposante, que nous avait léguée l'antiquité, et que chaque génération a amoindrie en en détachant une parcelle ou un morceau. C'est pourquoi remonter dans le passé n'est rien moins qu'une œuvre de curiosité érudite ; c'est chercher, c'est trouver la clef des doctrines contemporaines.

« Mais le vitalisme antique « a disparu parce qu'il était immobilisé, et que, comme disait un des plus illustres vitalistes, le mouvement c'est la vie... On ne peut que recueillir, à la manière des antiquaires, des fragments précieux incomparables, mais destinés seulement à enrichir un musée médical...

« Est-il disparu pour toujours ? Non, il renaît bientôt :

« Van Helmont dépense, à détruire le passé, cette verve satirique, dernier effort qui réussit toujours à ruiner sans pitié les systèmes en décadence ; mais la seconde phase du vitalisme se personnifie dans le génie de Stahl, le plus philosophe assurément de tous ceux qui ont abordé les hautes généralités de la médecine.... réformateur plus convaincu qu'intolérant...

« La doctrine de Stahl a été jugée sévèrement, et on peut dire qu'on l'a le plus souvent condamnée sans l'entendre ; mais cette sévérité même indique tout le cas qu'en ont fait ceux qui se sont efforcés de la combattre. Où on devait chercher un système de transition, on a voulu voir un parti-pris définitif ; on n'a pas tenu compte, dans cettte appréciation rigoureuse, du milieu, du temps où l'idée s'était produite, et, par une injustice dont l'histoire de la science offre tant d'exemples, on lui a demandé ce qu'il ne lui était pas possible de donner à cette époque.

« Le vitalisme de Stahl a encore eu le malheur d'avoir un nom et de s'appeler l'animisme.

« L'étiquette a fini par prévaloir et par faire oublier le fond, et peu à peu, on a substitué à la pensée du maître une sorte de dogme imaginaire d'autant plus aisément réfutable qu'il était l'œuvre artificielle de ceux qui se préparaient à le réfuter.

« Du vitalisme antique, Stahl retint cette croyance, que vivre est une chose sans analogue, une donnée de sens commun, un axiome ; ce qui fait le caractère de la vie, c'est qu'elle est le résultat d'une ou plusieurs forces concourant à un but, n'agissant pas en vertu d'une loi fatale, et différent à ce titre des autres forces de la nature, qui poursuivent sans rémission leur cours invariable. L'agrégation moléculaire que la vie anime a deux attributs qui la distinguent des êtres inanimés, l'individualité et le mouvement.

« Cette force ainsi dotée, imprimant à une portion définie de la matière un cachet significatif, ce n'est pas la nature, entité vague, notion vide qui participe à la fois de la divinité et de la création, et qui, s'imposant aussi bien aux êtres vivants qu'à ceux qui ne vivent pas, ne saurait donner la loi de la vie...

« Stahl chercha une force qui remplît les conditions du programme, et il s'arrêta à un quelque chose auquel il donna le nom d'âme, sans en fournir la définition précise ; conception flottante comme le sera toujours celle d'une puissance unique destinée à résumer la multiplicité des manifestations vitales...

« En remontant si haut, au lieu de se résigner à rester à mi-route, plus près des phénomènes qu'il essayait d'interpréter, Stahl obéit à une impulsion dont il n'eut pas conscience, mais qui domine l'histoire du vitalisme, et qui sert à expliquer ses imperfections, en même temps qu'elle lui assure un certain caractère de grandeur.

« La vie a dans l'homme son expression la plus élevée ; l'organisation humaine est au moins aussi complexe qu'aucune autre et, de plus, l'homme concentre en lui des propriétés qui lui sont réservées exclusivement, ou qu'on retrouve, tout au plus, à l'état rudimentaire dans les autres espèces vivantes. Son unité, sa personnalité, se composent d'un élément physique et d'un élément moral, non pas rapprochés, mais soudés intimement par un lien mystérieux, solidaires l'un de l'autre, vivant de la même vie, et qu'on ne peut disjoindre que par une abstraction en contradiction avec la réalité...

« La vie est une, comme l'homme est un, ou plutôt l'homme est un parce que la vie est une.

« La force vitale ne peut ni se partager ni se dédoubler, à moins de rompre l'unité de l'individu, c'est-à dire d'abdiquer la seule mission qui lui soit dévolue.

« C'est là l'idée fondamentale du vitalisme animique ; au lieu de détourner les yeux de ce problème immense, il le fixe résolument, et plus une donnée du problème est obscure, plus il s'obtine à porter la lumière sur ce point ténébreux. Van Helmont, dans un de ses apologues qui lui sont familiers, représente un philosophe pénétrant dans une grotte immense et profonde et cherchant en vain à l'éclairer tout entière avec le modeste fanal qu'il porte à la main.

« Ne trouve-t-on point là l'image du vitalisme stahlien, et son insuffisance est-elle sans excuse ?...

« Voilà donc l'idée suprême et probablement le terme extrême des hardiesses du vitalisme. Une force unique préside à tous les phénomènes de la vie, à quelque point de vue qu'on l'envisage ; elle est, parce qu'elle est nécessaire, et que, sans elle, vivre devient impossible. Or, c'est la condition de toute force, qu'elle s'appelle l'attraction, la gravitation, ou la vie, de n'exister que parce que notre esprit en a reconnu la nécessité pour expliquer les phénomènes ; l'âme, force vitale, a donc sa raison d'être au même titre logique que toutes les autres forces (1).

« Mais quittons ces hautes régions métaphysiques, car nous n'avons, pas plus que Stahl, « la démangeaison des conceptions abstraites » : le temps presse.

« Je me suis toujours appliqué à montrer comment la médecine diffère des autres sciences en ce qu'elle n'a pas le droit d'attendre, et que le malade d'aujourd'hui ne s'ajourne pas au lendemain. C'est cette nécessité d'intervenir quand même, sous peine de forfaire à sa conscience, qui imprime à la médecine un cachet d'infériorité scientifique dont les médecins ont peine à se consoler.

« Le savant ne donne sa formule que quand il la croit achevée, et encore, entre le théorème et l'application, laisse-t-il un intervalle qu'il ne se charge pas de remplir ; ce qu'il ignore n'existe pas, et les générations se succèdent sans s'accuser son impuissance. Pour nous, l'action

(1) Le germe presque mûr du stahlianisme se trouve dans Scaliger, Sennert, Descartes, Malebranche. La ressemblance est frappante entre l'archée de Van Helmont et l'âme de Stahl : le nom seul diffère. Mais les analogies de principes s'évanouissent dans les applications, et Stahl prétend trouver la loi de tous les phénomènes. L'aliénation s'explique par l'insuffisante influence de l'âme, principe vital, sur la circulation, et par l'embarras vasculaire qui en résulte.

devance le savoir ; nous n'avons pas à spéculer sur l'indulgence des indifférents : Notre juge, c'est le malade qui souffre et qui ne veut pas qu'on en ignore...

« Les doctrines vitalistes ont des mouvements qui sentent la passion; elles entraînent ou les convictions ardentes ou les attaques sans pitié, et ne retiennent rien ou presque rien du calme impassible de la science.

« Ce défaut, inexcusable partout ailleurs, n'est pas, pour le médecin, sans quelques mérites qui l'absolvent. La pratique y gagne un zèle que ne refroidissent pas les obstacles ; la foi du médecin communique au malade une confiance parfois salutaire ; la vie, qui a pour elle tous les droits, qui s'ingénie à réparer tous les désastres, qui n'a d'autre souci que de préserver le patient, lui apparaît comme un mystérieux auxiliaire, sur lequel on lui a appris à compter. Lequel de nous, même parmi les plus antivitalistes, n'aime, à l'heure attristée où la maladie le domine, à se laisser bercer de l'idée qu'il porte en soi une force d'infatigable résistance, et qu'il n'est pas sans appui dans la lutte. Je reconnais que tout cela ne s'appelle pas de la science ; mais nous n'en sommes pas à apprendre que le médecin a des obligations morales, et que toute illusion qui donne la force d'accomplir un devoir mérite d'être respectée (1). »

Est-il plus noble éloge et plus pur langage ?

Pourtant, comme si l'hommage rendu au philosophe médical fût encore insuffisant, Lasègue revint cinq ans plus tard, en 1865, sur l'école de Halle pour comparer, dans des conférences historiques faites à la Faculté de médecine, le doyen Frédéric Hoffmann, élève de Wedel, et Stahl, d'abord son camarade et ensuite son collègue. La critique y fait preuve d'une rigoureuse impartialité et reconnaît, en juge équitable, que la *Medicina systematica* d'Hoffmann, écrite en 1718, après trente années de travail incessant, est le « vrai livre » d'un homme dont la « maturité est suffisante ». C'est une « grande œuvre, œuvre durable, riche en conseils cliniques et fructueuse encore à lire de notre temps ; car c'est le privilège de la pratique, en médecine, de ne pas vieillir

(1) *Etudes médicales*, I, p. 367 et suiv.

à la façon des systèmes (1) ». Mais, Stahl, lui, est l'homme d'un système qu'il faut voir à l'œuvre pour en apprécier toute la valeur et en mesurer la portée.

« Si, dans une heure de fantaisie, il vous plaisait de dépouiller les héros de l'histoire de leur armure pour les revêtir de la robe de médecin, croyez-vous que Fabius Cunctator eût traité ses malades à la façon d'Annibal? Savoir le caractère du médecin, c'est prévoir ses tendances médicales, et je ne sache pas de plus décisive épreuve à imposer à un système que de la voir en action aux mains de celui qui s'en est fait le promoteur.

« Hoffmann a l'expression facile. Il est éloquent et disert; sa latinité est claire et limpide; il écrit aussi bien, sinon mieux que Stahl, sans périphrases, sans néologismes et surtout sans germanismes. Son esprit net ne se plaît pas aux circonlocutions, sa phrase a la décision de son intelligence; tout ce qui dépasse la mesure le gêne; il détourne les yeux des grandes visées, qui le troubleraient, plus habile à tourner qu'à escalader les obstacles. Son esprit se réduit volontiers aux côtés pratiques qu'il assaisonne de généralités toujours accessibles. En somme, c'est une nature peu philosophique; s'il philosophe parfois, c'est presque malgré lui, et comme s'il se sentait frappé au coude par son collègue, qui l'avertit qu'il ne suffit pas de prescrire, qu'il faut encore dogmatiser; qu'au-dessus de la pratique, il y a encore la théorie, qui la résume ou qui l'éclaire, et que l'expérience s'acquiert, mais ne s'enseigne pas...

« L'autre, au contraire, est petit, maigre, exigeant: philosophe en vertu d'un instinct, ardent à toutes les choses qu'il pense, praticien autant que son collègue, mais quittant la pratique au jour, à l'heure où il lui plaît de la quitter, pour se lancer à corps

(1) *Etudes médicales*, I, p. 116 et suiv.

perdu dans les aventures de la doctrine, dans les hasards de sa libre réflexion.

« Parmi les philosophes de la science, il en est qui ont eu la singulière fortune d'entraîner le monde à leur suite. Voyageurs aventureux, ils se plaisent aux terres inconnues, dédaignent les routes frayées, mais les horizons qu'ils découvrent ont je ne sais quelle splendeur qui vous attire. Ils marchent au grand jour, vous associant d'esprit et de cœur à leurs plus hardies entreprises. Ce sont les poètes de la science ; avec eux on est ébloui ; on ne discute ni ne disserte, on obéit docilement avant de se demander si l'on est convaincu. Au lieu de contredire et d'attendre, on s'incline sur leur passage.

« Stahl n'est pas des gens si bien doués. Sa pensée souterraine semble fuir la lumière ; au lieu de s'élever dans les espaces, il creuse incessamment dans l'ombre, cherchant le filon de la vérité (1). »

Je n'ai pas besoin de dire, qu'en définitive, les préférences de Lasègue vont vers Stahl « hypocondriaque, atrabilaire et par dessus tout piétiste, couvrant un système abstrait et profond du manteau d'une exposition sèche et obscure (2) », au praticien qui, à des formules « où tant de remèdes étaient entassés avec plus de luxe que de mesure, substitua des médicaments plus nombreux et d'une vertu éprouvée » (3).

Lasègue avait trop de haine pour la « polypharmacie », pour ne point être de cœur avec celui qui poursuivait « partout et sous toutes les formes, la panoplie médicale, tantôt en la prenant au sérieux, tantôt en l'accablant sous d'acerbes railleries » (4).

Je ne saurais mieux faire, pour terminer ce chapitre et expli-

(1) *Loc. cit.*
(2) Thèse inaugurale.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*

quer l'immense succès du conférencier, que de citer textuellement la péroraison de son étude historique.

« En rendant justice à un homme qui n'a trouvé justice nulle part, je remplissais presque un pieux devoir. Je sais ses erreurs, ses fautes et ses dangereux entraînements ; mais quelle grandeur quelle aspiration vers le vrai, quel zèle !

« Stahl s'est plaint amèrement qu'on le dédaignât, parce qu'au lieu de redescendre la science, il posait des problèmes inaccessibles à la plupart des médecins de son temps. Il a dit de lui-même qu'il était *Vox rauca in deserto*. Votre affluence et votre attention sympathique sont déjà une réparation pour sa mémoire. Si la voix rauque est restée, on ne pourra plus dire qu'elle prêche dans le désert (2). »

Le 4 janvier 1847, Lasègue, 11 mois après sa thèse de doctorat, s'essaie au concours d'agrégation avec un mémoire intitulé : *Des altérations du sang dans les maladies inflammatoires et dans les affections dites typhoïdes.* Il est vaincu par des candidats plus âgés, mais reste plein d'espoir pour le prochain concours où son succès ne paraît point douteux.

Pendant l'été de 1847, le choléra, dont la dernière apparition datait de 1830, règne en Russie. Le gouvernement envoie le professeur Monneret en Orient, le Dr Contour dans la Russie septentrionale et Lasègue dans la Russie méridionale, pour étudier la marche du fléau qui, de la Caspienne, s'étend vers Moscou. Lasègue, qui recherche « si la maladie suit une route qui légitime quelques prévisions pour l'avenir (1) », suit l'épidémie pas à pas, au mépris du danger, la compare à celle de 1830, constate que la maladie parcourt, du sud au nord, une direction presque

(1) *Etudes médicales*, I, p. 139.
(2) *Etudes médicales*, II, p. 694 et suiv.

constante, qu'elle a pour les grandes agglomérations une dangereuse affinité, que la mortalité a été presque partout dans une égale proportion, et, sa mission terminée, revient en France. Il publie, dans les *Archives générales de médecine*, les notes recueillies en Russie : c'est un simple « bulletin d'une mâle concision (1) ». « Certes, il y avait motif à quelque long et intéressant récit, tout plein de péripéties émouvantes. Cette relation occupe un peu plus de quatre pages des *Archives*. Pas un mot ni de l'auteur, ni des circonstances, ni des dangers du voyage, mais les renseignements les plus précis sur l'épidémie observée, sur son mode de propagation, sur ses caractères. Comme nous voilà loin du reportérisme moderne, et combien ce tout jeune homme est déjà digne et grave en cette mémorable circonstance (2) »....

(1) A. Motet, *loc. cit.*

(2) Professeur Potain, *Discours prononcé au nom de l'Académie de médecine sur la tombe du professeur Lasègue.*

II

De 1848 à 1850, Lasègue, sous la direction de Ferrus et Parchappe, passe à l'inspection générale des établissements d'aliénés.

Il abandonne bientôt ses fonctions d'inspecteur général-adjoint, pour entrer au dépôt, comme médecin du service des aliénés (1). C'est là que, pendant plus de trente ans, il verra passer, « dans un défilé interminable et toujours nouveau, toutes les variétés de la folie, les plus communes comme les plus rares, les plus banales comme les plus insolites, les plus vraies comme les mieux simulées..... « Carrefour où se croisent et se rencontrent toutes les formes des aberrations de la mentalité..... véritable quartier-général de la folie à Paris (2) » .

Là, où le pouvoir administratif « confie à la science médicale le soin d'éclairer les plus pressants problèmes de la pratique psychiatrique, et lui impose l'obligation des diagnostics rapides en même temps que la responsabilité des décisions urgentes (3) », Lasègue a su réunir les éléments les plus riches et les plus variés de son œuvre magistrale.

« Dans le sombre cabinet où le jour n'entrait qu'à peine, filtrant à travers d'épais barreaux, où se succédaient les tristes épaves du plus douloureux des naufrages, une seule chose rayonnait, c'était l'intelligence supérieure de Lasègue (4). »

---

(1) Ce n'est qu'en 1873, à la fondation de l'Infirmerie spéciale, qu'il en sera nommé médecin en chef. V. à ce sujet : E. Dupré, *L'œuvre psychiatrique et médico-légale de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police (Lasègue, Legrand du Saulle, P. Garnier)*, Paris, 1905, Gainche.

(2) E. Dupré, *loc. cit.*

(3) E. Dupré, *ibid.*

(4) A. Motet, *Éloge du professeur Lasègue.*

D'ailleurs, à bien considérer les choses, « il n'y a pas de galerie de marbre qui vaille une mansarde ornée de belles pensées » (1), et la mansarde de Lasègue était une noire cellule où défilaient des malades et ses pensées étaient des observations qui devaient faire sa gloire.

Infirmerie spéciale.

Deux ans après son entrée au dépôt, en février 1852, Lasègue publie, dans les *Archives générales de médecine*, son mémoire sur le délire de persécution. Cette courte monographie de vingt-deux pages a, dans l'histoire de la médecine mentale, une importance considérable.

L'habile observateur que fut Arétée, de Cappadoce, « presque aussi ancien que Jésus-Christ » (Trélat, *loc. cit.*), rangeait déjà les persécutés dans le grand groupe de la *Melancholia* : « Les mélancoliques ont plusieurs formes de délire. Ils craignent qu'on ne veuille leur donner du poison, ou bien, pris de haine pour les

(1) A. France, *Monsieur Bergeret à Paris*.

hommes, ils fuient dans la solitude,... leurs sens et leur esprit acquièrent quelquefois un redoublement de finesse et de pénétration ; ils deviennent soupçonneux et d'une habileté extrême à voir partout des dispositions nuisibles »...

Avant « l'ère Pinelliste » (P. Garnier), dans son *Essai sur les maladies de l'esprit* et dans son *Anthropologie* (1), le célèbre Kant, qui n'accordait qu'aux philosophes les aptitudes et la compétence nécessaires à l'étude des aliénés, esquisse du délire de persécution un tableau bref mais exact. « Idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, interprétations délirantes, vocabulaire spécial des aliénés, tout y est. Comme nous le faisons aujourd'hui, le pronostic est reconnu défavorable. Il n'y a qu'un point sur lequel il est impossible de suivre le philosophe, c'est lorsqu'il considère le persécuté comme un être inoffensif qu'il est inutile de séquestrer » (2)..

Pinel (3) a observé un grand nombre de persécutés devenus mégalomanes, et Esquirol (4), rapporte l'histoire d'une collection de persécutés qu'une longue pratique lui a permis d'étudier. Mais les deux grands fondateurs de l'Ecole française, trop préoccupés d'une classification, à laquelle Esquirol, lui-même, ajoute le grand groupe de la monomanie (5), englobent, dans le chapitre trop vaste et trop compréhensif de la mélancolie et de la Lypémanie, la forme particulière de maladie mentale que représente le délire de persécution.

---

(1) Publiée en 1798.

(2) A. Ritti, Article *Délire de persécution*, in *Dict. encycl. Dechambre*. Paris, 1887 (Historique).

(3) Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édit., 1809.

(4) Esquirol, *Les maladies mentales*. Paris, J. — B. Baillière, 1838.

(5) « Qui a conquis le droit de bourgeoisie dans la langue que nous parlons » (Ball, *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1880).

Tous les disciples d'Esquirol, Marc, entre autres (1), considèrent les persécutés ou comme de simples hallucinés ou comme des mélancoliques ou comme des monomaniaques à idées tristes. Guislain (2), infatigable créateur de néologismes, regarde les persécutés comme atteints de ce qu'il appelle « le délire accusateur » ou « monodélire accusateur », forme spéciale de manie. Il insiste sur la différence profonde qui sépare le maniaque, qu'est le persécuté, du mélancolique. Le second, s'accuse lui-même et le « *je* » revient constamment dans ses plaintes ; le premier, au contraire, accuse les autres, se pose en victime et les vagues pronoms « *on* », « *ils* », servent à désigner ses ennemis (9e leçon). Plus loin, au chapitre des aliénés accusateurs, le professeur de Gand cite comme illustration clinique a son cours, l'exemple d'un capitaine, ancien aide-de-camp de lord Byron. convaincu que des ennemis de l'île d'Ipsara travaillent sur son esprit au moyen d'une machine qu'il ne définit jamais : « *ils* la font agir pour le tourmenter et lui faire tourner la tête... Oui, Monsieur, ce sont des brigands de là-bas qui font aller la machine... Vous savez, la machine !... Et, si vous lui demandez : « Mais laquelle donc ?.. » Il sourit, comme pour vous dire : « Vous voulez aussi me tendre un piège (3). »

Mais à Lasègue devait revenir l'honneur et le mérite de bien mettre en relief l'importante distinction déjà esquissée par Guislain, et surtout, « de décrire avec une exactitude parfaite le délire de persécution organisé en système, et bien différent des idées de persécution qui peuvent se montrer à titre épisodique au cours de l'alcoolisme subaigu, de la manie, de la démence sénile, de l'épilepsie, de la paralysie générale » (4).

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. 2 vol. Paris, 1840.

(2) Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*. 3 vol. Gand, 1852.

(3) *Ibid.*, *loc. cit.*, 12e leçon.

(4) G. Ballet, *Les Psychoses*, in *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, t. X.

Le début de la monographie rend un fier hommage aux médecins aliénistes.

De toutes les branches de la médecine, l'aliénation est peut-être la seule où tous les écrivains méritent d'être réputés comme des hommes de profond savoir et de haute expérience.

Puis, quelques sages considérations adjurent l'aliéniste de substituer « l'observation directe à l'observation médiate, raisonnée, appuyée sur des considérations physiologiques ou philosophiques ».

Car c'est à l'infraction à des principes malheureusement jusque-là trop respectés que nous devons « la plus belle découverte dont se soit enrichie la science de l'aliénation », c'est-à-dire, « la séparation de la paralysie générale, considérée comme une maladie distincte dont les symptômes ont cessé d'être dispersés au milieu des mille accidents de l'aliénation ». Il faut « rester simple observateur, au lieu de se poser d'avance les problèmes, pour en poursuivre la solution ».

Donnant le premier l'exemple, Lasègue se hâte d'appliquer ces judicieuses indications à une forme de délire qu'il désigne » du nom de délire de persécution » et qu'il « regarde comme un type assez précis, pour qu'il puisse être complètement détaché des autres modes d'aliénation.

Sa description, qu'il importe de citer textuellement pour qu'on en puisse apprécier l'acuité analytique et la claire concision, n'embrasse que les caractères communs du délire, les seuls dont le Maître veuille présenter l'ensemble :

« L'idée d'une persécution plus ou moins définie est une de celles qui se manifestent le plus souvent chez les aliénés à titre d'idée incidente ; on la trouve mobile, saisissante, accompagnée d'une véritable terreur dans les accès de delirium tremens : elle apparaît également dans les folies provoquées par certaines substances narcotiques, et n'est pas un très rare accident dans beau-

coup de délires partiels. Le fait seul de sa fréquence permettrait déjà de regarder cette sorte de conception délirante comme un des symptômes importants de la folie ; cependant, dans les cas où elle n'est pas destinée à devenir prédominante, la croyance à la persécution n'est qu'un phénomème passager, sur lequel les aliénés n'insistent pas, et qui leur sert à peine à expliquer les émotions qu'ils ressentent.

« Lorsque le délire tend à se concentrer sur cette pensée fixe, le malade commence par la poser avec une certaine réserve, il hésite, il exprime de lui-même son doute ; il demande si, à défaut de cette explication, on en trouverait une autre qui rendît compte des épreuves auxquelles il est soumis. J'ai cru, dit-il, qu'on m'en voulait ; mais, je n'ai pas de preuves ; je me suis démontré l'absurdité de mon opinion. Donnez-moi une meilleure raison, je suis prêt à l'accepter.

« Peu à peu, le vague s'efface, l'hésitation est remplacée par une certitude, et l'aliéné compose d'une manière définitive le système de délire auquel il doit s'arrêter. Ce travail s'effectue avec plus ou moins de lenteur ; chez quelques-uns, il est si rapide qu'on saisit avec peine le premier degré ; chez les autres, c'est très graduellement, et avec une progression sensible pour l'observateur, que le malade construit son *roman systématique*, qui devient de moins en moins variable.

« Dans tous les cas, le procédé est le même, et mérite, justement à cause de sa régularité, d'être étudié attentivement. Il est hors de doute que l'aliéné éprouve d'abord un malaise indéfinissable, mais qui ne ressemble en rien à l'inquiétude la plus vive dont se plaignent les gens en santé. C'est ainsi qu'au début de maladies graves, nous ressentons des symptômes impossibles à décrire, mais qui nous font pressentir l'invasion d'une affection sérieuse. Les malades habitués à l'observation d'eux-mêmes expriment souvent, par des comparaisons frappantes, la singulière impression que causent les prodromes.

« C'est après un certain temps de préoccupation et de résistance que l'aliéné cherche à remonter à la cause de ses souffrances, et passe ainsi de la première période à la seconde. La transition se fait alors par un raisonnement toujours le même (1) : les maux que je subis sont extraordinaires ; j'ai enduré de bien plus rudes atteintes, mais je les concevais, et j'en devinais plus ou moins la raison ; ici, je me trouve dans des conditions étranges qui ne dépendent ni de ma santé ni de ma position, qui ne relèvent en rien du milieu où je vis : il faut que quelque chose d'extérieur, d'indépendant de moi-même intervienne ; or, je souffre, je suis malheureux ; des ennemis seuls peuvent avoir intérêt à me causer de la peine : je dois donc soupçonner des intentions hostiles en regard de ces impressions nuisibles.

« Qu'on s'arrête un moment sur le mode par lequel s'engendre le délire, et on saisira plus aisément sa nature. Les faits qui, pour l'aliéné, constituent le point de départ, n'ont qu'une valeur relative ; ce ne sont ni de grandes perturbations ni de profondes douleurs, auxquelles tous les hommes seraient sensibles ; il s'agit d'émotions personnelles, et le plus souvent d'une complète insignifiance aux yeux de celui qui reçoit leurs confidences : un meuble dérangé, une insomnie, un repas d'une saveur désagréable, un propos assez inoffensif, toutes choses qui, dans une autre disposition d'esprit, passeraient inaperçues. Il en est, pour continuer la comparaison que j'indiquais plus haut, de ces idées comme du frisson qui précède la fièvre, et qui tourmente plus, si peu intense qu'il soit, que le frisson autrement vif causé par un abaissement de la température.

« Provoqué par des faits qui mériteraient presque le nom de *taquineries*, le délire ne s'accompagne pas de grands troubles du sentiment. Vous voyez des aliénés, ainsi persécutés, fuyant de

(1) Et le raisonnement ne sert, ici, « qu'à plâtrer les malversations de l'intelligence » (Ball, *Leçons sur les maladies mentales*).

maison en maison, fatigant les magistrats, les autorités de tout ordre, de leurs plaintes interminables, et qui conservent encore une certaine égalité d'humeur. *Je n'en ai pas vu un seul tomber dans une mélancolie continue, réagir par des haines violentes, méditer des vengeances qui pourtant devraient leur sembler singulièrement légitimes.* Les circonstances extérieures n'ont que peu d'influence, et si elles contribuent au délire, il s'en faut que ce soit en raison de leur gravité réelle. L'aliéné n'a pris garde qu'à sa sensation maladive ; elle seule le préoccupe, elle seule le pousse à la recherche des causes, et probablement aussi détermine fatalement l'ordre de causalité auquel il s'arrête d'une manière si monotone. Viennent les plus grands événements, il traverse les révolutions, subit la perte de sa fortune, la mort des siens, sans en accuser ses ennemis ; mais un rien, une prétendue injure qu'il entend dans la rue, et qui doit s'adresser à lui, l'agite davantage, et ramène la formule caractéristique des persécutions ..... « S'il est vrai que le délire ait ainsi son origine dans des émotions toutes personnelles, et sans équivalent durant la santé, on comprend combien peu les conseils raisonnables auront d'influence. Vous ne serez jamais dans le vrai pour le malade, quand, jugeant avec votre bon sens, vous traiterez de *niaiseries* ce qui le tourmente à un tel degré. Le médecin et l'aliéné ne vivent pas dans le même monde ; l'un parle de ce qu'il sent, et l'autre, de ce qui est.

« La croyance à une persécution n'est donc que secondaire ; elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades et que tous rapportent à la même cause. Non seulement les conclusions se ressemblent, mais encore, *et c'est là ce qui prouve la réalité du type que je cherche à établir*, on retrouve une égale analogie jusque dans les détails de l'explication.

« Supposez un homme sain d'esprit et persuadé qu'il est en butte

à une persécution ; son premier soin est de rechercher les mobiles qui peuvent porter les autres à lui nuire, pour remonter ainsi jusqu'aux personnes qu'il convient de soupçonner d'abord et plus tard d'accuser. Voilà comment procèdent toutes les enquêtes, qu'elles soient ou non judiciaires. L'aliéné suit une autre voie. Parti, comme je l'ai dit, de la croyance qu'on le tourmente, il est le premier à s'étonner qu'on lui en veuille. Je n'ai fait, s'écrie-t-il, de mal à personne ; on n'a rien à me reprocher, je n'ai eu ni discussions ni querelles, je ne sache aucun grief dont on ait à se venger. Son étonnement, toutefois, ne l'entraîne pas plus loin ; il ignore pourquoi on le persécute, l'avoue ingénument, et ne cherche pas à en savoir davantage. Vous avez beau le presser, lui remontrer l'absurdité d'une persécution sans motifs,il persiste obstinément dans cette impasse. Tout au plus, à force d'insinuation, l'amènerez-vous à accepter un mobile auquel il ne songeait pas. Le plus insignifiant fixera presque toujours son choix parmi ceux que vous lui proposerez ; il en est de même quant aux personnes. Du moment que les intermédiaires lui manquent, il ne sait comment établir le passage entre les actes dont il se plaint et leurs auteurs. Pourquoi soupçonnerait-il celui-ci ou celui-là, puisqu'il ne connaît pas de raisons pour qu'on le tourmente. Cependant, à la longue, et pour les besoins de sa défense, il finit par se fixer tant bien que mal. La raison pour laquelle il se décide, il la puise encore, comme toute l'œuvre de son délire, dans la nature des impressions qu'il a ressenties ; elles lui semblaient en dehors de la nature : il accuse des êtres mystérieux : la police, les physiciens, les magnétiseurs. Par là, il comble le vide, et il établit à l'aide des pouvoirs occultes qu'il se représente vaguement, une sorte de transition plausible entre l'imaginaire et le réel. Si les faits dont il a eu à souffrir n'offrent pas trop de singularités, il se contente de mettre en cause des voisins qu'il n'a jamais vus, dont il suppose l'existence, et qu'il n'a jamais eu la

curiosité de chercher à connaître. Voilà donc un malade *travaillé par le besoin d'expliquer* et qui limite spontanément ses interprétations dans le cercle le plus étroit.....

....« En résumé, les malades atteints du délire de persécutions subissent une idée commune et prédominante. Mais, en outre, ils sont astreints, par la nature de leur aliénation, à user de procédés intellectuels analogues jusque dans leur imperfection, et à se mouvoir dans un cercle uniforme. »

Suivons, maintenant, Lasègue dans l'analyse détaillée des symptômes :

« Tous les faits de nature à causer une impression pénible ne sont pas aptes à servir de base au délire de persécution. Le nombre de ceux qu'invoquent les malades est assez restreint pour qu'un médecin, éclairé par une suffisante expérience, puisse dresser son questionnaire à l'avance, et soit sûr de n'omettre aucune des divagations dont l'entretiendra l'aliéné.

« *L'organe de l'ouïe* fournit les premières sensations sur lesquelles s'exerce l'intelligence pervertie. Le malade entend des lambeaux de conversation *qu'il interprète* et qu'il s'applique ; les gens avec lesquels il est en contact ont dû parler de lui ; les bruits mêmes qui se produisent le plus naturellement, le passage d'une voiture, le pas d'un homme qui monte un escalier, une porte qui s'ouvre ou qui se ferme, sont l'objet de ses commentaires. Les conversations directes qu'il soutient, les querelles qu'il provoque dans sa mauvaise humeur, l'émeuvent peu, et ne donnent pas matière à ses suppositions inquiètes. On ne saurait mieux les comparer qu'à ces sourds d'une nature soupçonneuse, qui croient toujours qu'on parle d'eux, et qui, fort émus des propos qu'ils n'entendent pas, s'indigneraient peu des injures qui parviendraient à leurs oreilles. Une fois sur cette pente, l'imagination ne s'arrête plus ; après avoir essayé de vagues présomptions,

l'aliéné finit par aboutir aux interprétations les plus absurdes et les plus positives. *On* se contentait d'abord de le tourmenter ; peu à peu, *on* formule des accusations qui se traduisent par des signes dont lui seul perçoit la signification.

« Jusque-là, le malheureux persécuté s'est maintenu dans la limite des sensations vraies, sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes ; un certain nombre de malades ne va pas au-delà. Ce qu'il a entendu, il a dû l'entendre et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, il peut parcourir tous les échelons, et arriver au terme le plus avancé de la maladie. D'autres, au contraire, sont poursuivis par *des hallucinations*, sans être ni plus ni moins gravement malades. L'hallucination n'est pas un de ces symptômes qui marquent le progrès du mal et n'apparaissent qu'à ses périodes extrêmes ; tantôt, elle se manifeste dès le début, tantôt, elle ne survient qu'après une longue persistance de l'illusion. Quelle que soit l'époque où elles se déclarent, *les hallucinations obéissent à la loi que j'ai indiquée ; elles se renferment toujours dans les sensations auditives. Je ne saurais trop appeler l'attention sur ce caractère, que je regarde comme pathognomonique.* Telle insistance que vous apportiez dans les questions, telles provocantes que soient les incitations auxquelles vous soumettez le malade, il évite tous les pièges et n'hésite pas à déclarer qu'il s'est borné à entendre. On est venu, sous sa fenêtre, proférer des menaces. — Avez-vous vu vos ennemis ? — Non, je n'ai pas cherché à les voir ; on a frappé à sa porte, on l'a accablé d'insultes dans la rue, il n'a vu personne ; on est entré chez lui, on lui a parlé à l'oreille, il a écouté, quelquefois il a répondu ; ses yeux ne lui ont jamais fourni de renseignements. Ainsi, non seulement l'aliéné persécuté est incapable de créer des hallucinations visuelles, il ne se sert même pas de la vue dans la mesure légitime et raisonnable. La plupart s'indignent de ce qu'on les suppose capables d'avoir des visions ; quelques-uns déclarent qu'ils ont

cherché à entrevoir leurs persécuteurs, mais ils n'ont pas réussi, et ils expliquent qu'*on* s'était hâté de fuir, qu'*on* s'était réfugié dans une allée, qu'*on* s'était caché chez un marchand, sans qu'aucun ait porté plus loin son investigation. *L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui* (1). *Il suffit qu'un malade accuse des visions, pour que je n'hésite pas à affirmer qu'il appartient à une autre classe de délirants.* Et pourtant, dans combien de circonstances, ceux qui veulent remplacer l'observation par la logique, trouveraient dans les hallucinations de la vue matière à des préoccupations craintives ! Des malades, chez lesquels on s'introduit, on amène des morts qu'ils voient dans leurs linceuls, des fantômes menaçants *mais muets,* qui aperçoivent du sang sur leur lit et sur leurs murailles, auraient assez de motifs pour se croire per-

(1) Mabille, pourtant, rapporte plusieurs observations où des persécutés typiques ont présenté de réelles hallucinations visuelles, et J. Séglas (*Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : Salpêtrière, 1887-1894* ; Paris, Asselin et Houzeau, 1895) déclare qu'un certain nombre de persécutés systématiques du type habituel peuvent être atteints d'hallucinations visuelles.

On peut, à cet égard, et d'après le même auteur, ranger les malades sous trois chefs :

a) Hallucinations visuelles absentes (Lasègue). Cas les plus habituels.

b) Hallucinations visuelles dues à un élément surajouté (Lasègue), appoint alcoolique, par exemple ; hystérie, etc...

c) Hallucinations visuelles, sans adjonction morbide, appartenant en propre à « la folie systématique ».

Dans ce cas, les hallucinations présentent quelques caractères particuliers : relativement peu fréquentes, « elles ne se présentent guère qu'à l'état élémentaire ou sous la forme commune. Les malades voient des flammes, des éclairs ou des objets plus ou moins distincts. Enfin, il est à remarquer qu'ils ne sont pas dupes de ces phénomènes ; ils les jugent, en quelque sorte, à leur valeur. S'ils les interprètent dans le sens de leurs convictions délirantes, ils savent toutefois et déclarent que ce sont là de fausses sensations. Mes ennemis, disent-ils par exemple, me font voir certaines choses ; mais je sais bien qu'elles n'existent pas ; c'est de la fantasmagorie, de la physique ; je suis bien sûr que cela n'est pas vrai » (J. Séglas).

sécutés. La direction de leurs idées n'est pas là ; ils n'entrent pas dans une voie qui leur semble si bien ouverte.

« Une exception, cependant, plus apparente que réelle, mérite d'être signalée. Sur plus de 60 observations que j'ai moi-même recueillies (1), j'ai trouvé deux fois des hallucinations de la vue, si les symptômes que je vais indiquer méritent ce nom. Dans les deux cas, les malades (c'étaient deux femmes), sous l'influence d'une crise hystérique, avaient cru voir l'une un éclair, l'autre un jet de lumière au milieu d'un violent tumulte ; les deux visions n'avaient duré qu'un instant et ne s'étaient jamais reproduites.

« Il est bien entendu que je mets hors de cause les faits qui n'appartiennent,d'ailleurs, qu'à la seconde période de la maladie et qui simulent grossièrement les illusions de la vue. Une aliénée voit une robe suspendue à une fenêtre du voisinage ; elle suppose qu'on a voulu la narguer, et que c'est encore un méfait des gens qui l'injurient depuis longtemps ; une autre croit qu'une chaise a été déplacée, et conclut à une persécution de ses ennemis.

« Après les interprétations erronées de propos ou de bruits véritables et les hallucinations de l'ouïe, se manifestant habituellement sous la forme de grossières injures adressées par des individus invisibles, les autres sensations dont les persécutés se plaignent se réduisent à des *impressions nerveuses* (2). Les femmes en offrent les plus fréquents exemples ; ce sont des souffles intérieurs, des chaleurs soudaines, des engourdissements,

(1) Lasègue, dont A. Ritti et A. Motet ont loué le soin, la persévérance et l'habileté dans l'examen des malades, prenait, en interrogeant l'aliéné, des notes rapides qu'il jetait dans un tiroir. Sa fidèle mémoire les savait retrouver rapidement lorsqu'il les voulait publier ou y ajouter quelque nouveau document.

(2) Hallucinations cœnesthétiques

des douleurs atroces et passagères..... Dans les cas de ce genre, *le magnétisme* constitue l'explication favorite des gens instruits ; les esprits moins cultivés accusent ce je ne sais quoi que le peuple désigne sous le nom de *physique.* »

Lasègue, ayant ainsi suivi le délire de persécution, « depuis son début jusqu'à sa période d'état », nous expose quelques données étiologiques qu'il n'est point inutile de rappeler.

« L'âge le plus favorable paraît être de la 35e à la 50e année ; mais c'est aussi la période de la vie où, si on excepte les formes séniles, la folie est surtout commune.....

« Le relevé des aliénés, y compris les idiots et les imbéciles, sans distinction des formes maladives, et tels que le hasard me les présentait, donne 665 individus, dont 446 hommes et 219 femmes. Dans ce nombre, le chiffre des malades atteints de délire de persécutions est de 96, dont 58 femmes et 38 hommes, proportion énorme pour les femmes, puisqu'elle s'élève *au quart de la totalité des aliénées* soumises à mon examen. »

Pour illustrer son travail, et surtout pour « faire connaître certains caractères de détail qui ne pouvaient prendre place dans la description », Lasègue publie quinze observations dont il a, de parti-pris, « éliminé les circonstances accessoires », peu utiles à son « étude nosologique ». « Leur nombre, dit-il, compense leur brièveté » et le médecin se trouve ainsi comme placé artificiellement au milieu d'une épidémie de délires de persécution ; il trouve esquissés d'avance les types d'ailleurs peu variés dans lesquels rentreront certainement la plupart des faits dont il sera témoin. *J'ajouterai que je me suis contenté de laisser parler les malades sans intervenir dans leurs récits.* » (1)

Je me contenterai de rapporter, ici, cinq des observations les

(1) Le médecin doit, en quelque sorte, se contenter « d'aspirer l'impression » qu'il produit sur le malade, recommandait Guislain à ses élèves (*loc. cit.*).

plus caractéristiques, bien qu'elles soient toutes intéressantes à parcourir.

« Obs. II. — Délire très limité. M... domestique, 26 ans. Pendant qu'elle était en service chez un négociant, elle entend un commis dire : sa chambre, et plus tard, bulletin, bulletin. Ce propos lui semble ne pouvoir se rapporter qu'à elle ; elle entendait d'ailleurs depuis longtemps parler à son sujet ; elle monte à sa chambre, cherche un bulletin de caisse d'épargne qu'elle ne retrouve plus à sa place. Le commis a dû s'introduire chez elle ; elle se plaint à sa maîtresse, accuse le commis qui nie le fait, et se décide à quitter sa place pour aller habiter une maison du voisinage. Là, le même individu la poursuit ; elle l'entend, mais ne peut arriver à le voir. Deux fois, elle change de condition, deux fois le jeune homme parvient à rentrer dans sa chambre,sans passer par le logement de ses maîtres ; il lui parle à l'oreille, surtout au moment où elle se couche. Il disait : prostitution, sortilège, tu te prostitueras. Ses nuits se passent sans sommeil : elle ressent des influences et des souffles souterrains. Probablement dispose-t-il d'une puissance à elle inconnue ; elle a beau chercher, elle ne peut deviner pourquoi il s'acharne à la persécuter, puisqu'ils n'ont jamais eu de relations ensemble ; dans tous les cas, elle est sans inquiétude, et bien persuadée qu'il n'osera pas venir de sa personne. Le délire date de cinq mois. »

« Obs. IV. — Veuve N..., 40 ans. Cette malade a perdu sa fille il y a deux ans, et en même temps le modeste revenu dont elle vivait. Ses réponses sont bien suivies ; elle paraît inquiète de sa position. Il y a un an, dit-elle, que je suis tourmentée ; on venait écouter à ma porte, on épiait mes actes, on me surveillait ; j'ai eu peur. Plus tard, j'entendais dire : descendre, elle descendra ; cela signifiait qu'on me menaçait de m'assassiner, si je me risquais à descendre ; j'ai changé de domicile. Dans mon nouveau logement, j'ai encore été persécutée par je ne sais qui, par des ouvriers qui m'injuriaient et me traitaient de s..... ; ils disaient de moi, en passant devant ma porte : c'est fini. Quand je passais près des ouvriers dans la rue ou dans l'escalier, on ne parlait plus ; la nuit, on s'amusait à faire du bruit pour m'empêcher de dormir, ce bruit était accompagné de sottises si grossières que je ne saurais les répéter ; c'étaient des voix d'hommes, à ce que je suppose, mais je ne les reconnaissais pas. Dans la rue, je suis tranquille ; je ne sais à quoi l'attribuer,

n'ayant fait ni mal ni tort à persone. Une fois, j'ai entendu l'homme sur mon palier, j'ai appelé, on m'a menacée de me faire enfermer.

Elle croit que ses ennemis la traduisent devant un tribunal, et que je suis son juge. »

« Obs. VI. — G..., 67 ans, indigente. Animation assez prononcée ; le délire remonte à deux mois environ ; il a été presque dès le début ce qu'il est aujourd'hui. On l'a accusée d'avoir pris une paire de souliers ; elle a passé en jugement, mais elle a su qu'elle avait été acquittée (rien de vrai) ; ils se sont vengés en l'accusant d'avoir dérobé un foulard. Tout le monde s'est ameuté contre elle ; elle n'ose plus sortir, dans la crainte d'être insultée. La nuit, ils crient sous sa fenêtre : à la corde ! et l'accablent d'injures sans qu'elle sache qui la persécute ni qu'elle ait cherché à les voir. Le jour, ils se taisent, tant que son mari est présent ; dès qu'elle est seule, les poursuites recommencent ; on frappe à sa porte, on crie, en passant sous l'escalier : Vieille s..... ! vieille coquine ! Si elle se hasarde dans les rues, on la suit ; les marchands crient leurs marchandises pour la narguer ; elle n'en est même pas délivrée à l'église. Il y a même des faux journaux où on parle d'elle. Quoi qu'on en ait prétendu, elle n'est pas folle, car un fou est un homme qui ne sait ce qu'il dit et elle, elle répond juste quand on l'interroge. »

« Obs. IX. — M..., 50 ans, employé dans une administration publique. Caractère habituellement capricieux, irascibilité. Les premiers symptômes du délire se manifestent dans ses rapports avec le public. Il croit que les gens qui s'adressent à lui pour affaires veulent le sonder ; il les accuse d'être salariés pour surveiller sa conduite. On est obligé de le faire passer dans un bureau où il travaille seul ; en même temps on augmente ses appointements en raison de ses longs services administratifs. Il voit, dans cette faveur, une raison d'inquiétude. Ses nouveaux collègues l'accueillent mal, à ce qu'il suppose ; il entend, à travers une cloison, des propos injurieux ; ces conversations se répètent ; il les écoute aux portes ; on l'accuse d'être un malhonnête homme. Les garçons de bureau parlent sans cesse de lui ; on le montre au doigt dans l'administration ; on le dénonce à ses chefs comme un voleur. Quelques-uns des papiers qu'il a transportés par erreur en changeant de cabinet, doivent être le prétexte de ces calomnies ; on fait, sans cesse, allusion à ces papiers ; on lui reproche un vol. Tout le monde le suit. M..., malgré

toutes les instances, refuse de continuer son emploi ; il vient jusqu'à la porte de l'administration, conduit par sa femme, et n'ose pas franchir le seuil, dans la crainte d'être injurié, arrêté comme un voleur. Bientôt les persécutions le suivent jusque dans les rues ; ses ennemis ont organisé un complot ; la police est sur ses traces ; il refuse de sortir. Pas d'hallucinations ; insomnie par intervalles, accidents nerveux, faiblesse des extrémités inférieures avec léger tremblement. Indifférence absolue pour sa famille, qu'il oblige à de grandes privations en cessant de remplir ses fonctions. »

« Obs. XII. — B..., fille publique, séparée de son mari. Tentative de suicide ; agitation assez vive, récits entrecoupés ; délire datant de deux mois. D'abord, inquiétude. Les gens qu'elle rencontre ont des regards étranges ; le soir, on la suit, sans qu'elle sache pourquoi. Un matin, il y a huit jours, elle a tout compris, et elle a résolu de se jeter à l'eau ; on venait, sous sa fenêtre la traiter de bête. Le soir, il ne fait que passer des gens qui la questionnent ; chez elle, elle entend sonner, mais elle n'ose pas aller ouvrir. On aura voulu l'empoisonner avec un gâteau ; les femmes lui en veulent, et la poursuivent avec le magnétisme ; elle a cru que c'étaient des voleurs. C'est son mari qui la fait persécuter. On lui a dit que c'était la police grise. C'est leur faute si elle a vieilli et si elle devient laide. »

Et Lasègue termine sa monographie par la conclusion suivante :

« Il existe une forme de délire partiel à laquelle je donne, faute d'un meilleur terme, le nom de *délire de persécutions*, qui se reproduit avec des caractères assez constants pour constituer *une espèce pathologique* parmi les aliénations mentales. » (1)

Depuis la magistrale description du médecin du dépôt, la science a progressé et les observations se sont multipliées.

Des nombreux travaux qui suivent, les uns semblent ignorer la réalité du type morbide distinct établi par Lasègue ; les autres, plus récents, complètent le tableau clinique et établissent

(1) *Etudes médicales*, I, p. 543 et suiv.

des variétés qu'une terminologie nouvelle permet de distinguer.

Morel (1), en 1860, range encore les persécutés dans la grande classe des « névroses hypocondriaques », et rapporte le cas d'une vieille demoiselle de 74 ans « qui rend parfaitement compte de ses sensations ». Ses « invisibles », pendant son sommeil, se permettent « des attouchements infâmes » ; ils lui parlent « à l'oreille », « l'insufflent intérieurement pour la faire gonfler », lui brûlent les pieds. Les interprétations délirantes sont innombrables. « Les mets les plus sapides lui paraissent parfois nauséabonds et empoisonnés... On lui envoie des odeurs méphitiques, et les aliments qu'on lui présente sont immédiatement corrompus par ses invisibles... Les personnes qui entrent sont envoyées pour lui nuire ; celles qui sortent vont combiner contre elle des projets infernaux », etc.. L'ancien collaborateur et ami de Lasègue divise bien « la folie hypocondriaque » en trois variétés : l'hypocondrie simple, le délire de persécutions, le délire des grandeurs ; « mais, remarque A. Ritti (2), dans l'esprit de l'auteur, ce sont là moins trois variétés que trois phases d'un même état morbide ».

Morel dit, d'ailleurs, plus loin et je cite textuellement : « Le délire des persécutions forme une des variétés les plus intéressantes de la folie hypocondriaque », et encore : « Cette forme de vésanie hypocondriaque connue sous le nom de délire de persécution. »

Marcé (3), en 1862, en digne élève d'Esquirol, insère le délire des persécutions au chapitre des « monomanies intellectuelles ».

Dagonet qui, dans la première édition de son *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales* (1862), ne fait point mention

(1) B. A. Morel, *Traité des maladies mentales*. Paris, Victor Masson, 1860.

(2) Ritti, Art. *Délire de persécutions*, in *Dict. encyclopédique*. Déjà cité.

(3) L.-V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, J.-B. Baillière, 1862.

du délire de persécutions, ne l'oublie plus, dans sa seconde édition de 1876, et le considère, tel Esquirol lui-même, comme une variété de lypémanie.

C'est en 1868 que paraît la thèse de Maret (*Du délire de persécutions*), interne à l'asile de Saint-Yon.

En 1871, après la guerre, Legrand du Saulle (1) publie sa longue monographie où il rend hommage « au praticien éminent » qui, en 22 pages, « a su grouper tant de choses si nouvelles ». A la lumière du phare clinique, il étudie « le naufrage cérébral stéréotypé » du persécuté et, le premier, en examine et en développe les conséquences médico-légales.

A ce propos, il est juste de remarquer que si, dans son mémoire de 1852, Lasègue n'a pas mentionné l'existence de ceux qu'il appelait lui-même « les aliénés persécutés devenus persécuteurs », il a particulièrement insisté sur « cette variété importante du délire de persécution » dans la seconde partie de sa vie scientifique. Elle n'a pas été, de sa part, l'objet d'une publication spéciale, mais il l'a popularisée dans son enseignement C'est lui qui « l'a découverte » et « attiré sur elle l'attention des observateurs » (J. Falret).

J'ajoute que la brutale succession d'événements auxquels il fut mêlé, et comme expert et comme témoin, eût suffi à éclairer Lasègue sur la réalité du type médico-légal qu'il a établi.

L'avocat Sandon, âgé de 37 ans, « aliéné persécuteur, atteint de perversions des facultés morales et, plus tard, de paralysie générale, inculpé de faux » (2), tint une place importante dans les préoccupations de l'époque. Successivement examiné par Lasègue et Blanche (28 avril et 8 août 1861), puis par Foville, Blanche et Tardieu (27 septembre 1862), il avait été déclaré aliéné et

(1) Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*. Paris, Plon, 1871.

(2) V. choix de rapports et de consultations, in A. Tardieu, *Etude médico-légale sur la folie*, Paris, J.-B. Baillière, 1872.

les experts avaient jugé « nécessaire et inévitable de prendre, à son égard, les mesures tutélaires prévues par la loi ». Enfermé dans un asile, Sandon, qui s'était « constitué l'organisateur d'un système de persécution pour lequel tous les moyens, même le faux », lui étaient bons, parvint à impressionner l'opinion publique. L'Empire lui servit même une pension, pour réparer le préjudice causé par son internement.

De là à conclure qu'il avait été indûment enfermé, il n'y avait qu'un pas : il fut franchi. Sandon fut traité en victime, et les médecins, dont Lasègue, qui avaient eu à se prononcer sur l'état mental de l'avocat, furent, pendant de longues années, l'objet des plus vives attaques. Le professeur devait, plus tard, en pleine Faculté, devant un tumultueux auditoire, noblement revendiquer une responsabilité toute à l'honneur de sa probité professionnelle, et l'avenir devait lui donner raison. Sandon, en effet, mourut le 20 août 1870 à la maison municipale de santé, dans le service de Besnier. « Un accès congestif céphalique » l'avait emporté et les constatations nécropsiques justifiaient pleinement le diagnostic des aliénistes-experts.

Les affaires Verger et Teulat, auxquelles fut encore mêlé Lasègue, eurent également un grand retentissement dans les annales de l'époque.

Pour être moins célèbre, l'anecdote suivante, que nous conte A. Motet (1), mérite cependant d'être rapportée.

Le maître « avait pour voisin de campagne, à Châtillon, un délirant persécuté qui s'imagina que Lasègue, auquel il n'avait jamais adressé la parole, mais dont il connaissait la haute situation, devait être au courant des machinations, des taquineries dont il croyait avoir à se plaindre. Lassé de souffrir, il résolut de se débarrasser de ses imaginaires ennemis en frappant celui qu'il

(1) *Eloge du Professeur Lasègue à l'Académie de médecine*, déjà cité.

appelait dans son langage de persécuté, « le chef des aliénistes aliénisants ».Il alla l'attendre à la porte de l'hôpital de la Pitié, et, quand il sortit,l'aliéné leva le bras pour le frapper. Heureusement, Lasègue était entouré d'élèves qui le protégèrent contre cette brutale agression. Il en prit, plus tard, occasion de l'une de ces leçons magistrales comme il savait les faire. »

L'impartiale histoire réclamait cette digression.

Depuis 1871, la dénomination de délire de persécution, est passée dans la science et le type créé par l'éminent aliéniste, définitivement acquis à la pathologie mentale, est désormais classique.

Lasègue avait particulièrement étudié le délire de persécutions « à l'époque de sa floraison », et n'avait voulu suivre le malade que depuis le début du « malaise intellectuel » jusqu'à la période d'état du délire. « Comme je ne veux qu'établir un type, et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il serait hors de propos d'étudier sa marche décroissante ou de chercher les indications thérapeutiques. » (1)

La voie était donc ouverte, et les recherches qui suivirent eurent pour résultat de parachever la création de Lasègue et pour objectif d'indiquer, à l'aide d'observations répétées et de vocables nouveaux, sa place dans le cadre nosologique.

Les travaux étrangers abondent et avec eux apparaissent les termes de « Paranoia », de « Verrücktheit », de « Wahsinn » en Allemagne, de « delusional insanity » en Angleterre,qui servent à désigner les délires systématisés et leurs variétés. Krafft-Ebing (2) considère le délire de persécutions comme un délire primaire et l'appelle Primäre Verrücktheit.

---

(1) *Etudes médicales*, I, p. 557.

(2) V. Krafft-Ebing, *Traité clinique de psychiatrie*, Stuttgard, 1879 et traduct. Laurent, Paris, Maloine, 1897.

En France, Foville (1), déjà en 1871, attire l'attention sur la transformation des idées de persécutions en idées de grandeur.

Mais ce sont surtout les travaux de J. Falret (2) et Pottier (3) sur le délire de persécution à évolution systématique et sur les persécutés-persécuteurs ; ceux de Magnan (4) et de ses élèves P. Garnier (5), Gérente (6), Legrain, Sérieux, sur le délire chronique (Magnan), le délire chronique à évolution systématique (Magnan et Sérieux) (7), la psychose systématique progressive (Garnier) et les délires des dégénérés (8), qui ont contribué à mettre en relief l'évolution de ces délires, à éclaircir bien des points de détail et à différencier les divers types pathologiques.

Nous ne nous arrêterons pas à la conception récente de Kräpelin qui veut faire entrer le délire de persécution dans son trop vaste cadre de la démence précoce, prétention que G. Ballet déclare « insoutenable » (9). Nous pouvons dire qu'aujourd'hui, la grande majorité des aliénistes se rallient aux idées de V. Magnan (10), en reconnaissant l'existence de deux espèces nosolo-

(1) Foville, *Etude clinique de la folie avec prédominance des idées de grandeur*, Paris, 1871.

(2) Falret, *Annales médico-psychologiques*, 1881, t. V, et *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, J.-B. Baillière, 1890.

(3) Pottier, *Les persécutés-persécuteurs*, Thèse Paris, 1886.

(4) Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1887, 1890, 1894, 1897 et *passim*.

(5) P. Garnier, *Des idées de grandeur dans le délire de persécutions*, Thèse Paris, 1877.

(6) P. Gerente, *Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*, Thèse Paris, 1883.

(7) Magnan et Sérieux, *Le délire chronique à évolution systématique* (collection Léauté), Paris, 1892.

(8) Magnan et Legrain, *Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques)*, Paris, 1895.

(9) G. Ballet, Art. Délire de persécut. à évolut. systématique, in *Traité* Bouchard-Brissaud, t. X

(10) V. G. Ballet, *Psychoses et affections nerveuses, Leçons de clinique médicale*, Paris, 1897 et *Prog. Méd.*, 19 nov. 1892 ; F. L. Arnaud, Les délires

giques distinctes, à savoir : 1° le délire de persécution à évolution systématique (1), avec les quatre périodes suivantes : *a*) période d'incubation et d'interprétation délirante ; *b*) période des idées de persécution et des hallucinations ; *c*) période des idées ambitieuses ; *d*) période de démence (2) ; 2° les autres délires de persécution qui appartiennent au vaste groupe des psychoses dégénératives.

Entre le délire chronique à évolution systématique de Magnan et les délires systématiques à évolution irrégulière des dégénérés, il existe, d'ailleurs, « une innombrable série de cas de transition, qui relie les espèces morbides entre le type pathologique décrit par Magnan, d'observation rare, et les types de psychoses irrégulières et polymorphes qu'on rencontre couramment dans les derniers échelons de la dégénérescence, chez les débiles et les grands désiquilibrés constitutionnels. » (3)

Hâtons-nous de dire que les progrès accomplis, en l'espace d'un demi-siècle, n'ont rien enlevé à la valeur de la description si pitorresque de Lasègue. Elle restera comme un modèle de fine analyse et comme un des plus purs joyaux de la couronne psychiatrique de France.

---

systématisés in *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de Ballet, 1903 ; E. Régis, *Précis de Psychiatrie*, 3e édit., Paris, Doin. 1906 ; J. Seglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (1887-1894), Paris, 1895.

(1) Type Lasègue-Falret, comme Arnaud l'appelle (*Traité de pathologie mentale* de G. Ballet).

(2) J. Falret, lui, admet les 4 périodes suivantes : 1° interprétation délirante ; 2° hallucinations de l'ouïe (*état*) ; 3° troubles de la sensibilité générale ; 4° période stéréotypée ou de délire ambitieux. Magnan fusionne donc la 2e et 3e période de Falret pour ajouter au tout une période démentielle que l'aliéniste de Vanves n'admet pas.

(3) E. Dupré, Les psychoses hallucinatoires chroniques (*Revue polyclinique*). Extrait de l'*Encéphale*, Paris, Delarue, 1907.

Depuis 1847, Lasègue avait publié, en collaboration avec son maître le professeur Trousseau, un assez grand nombre de travaux.

Les *Etudes thérapeutiques sur les eaux minérales des bords du Rhin* (in-18, 1847) sont la matière du premier livre qui ait été publié en France sur les eaux minérales de l'Allemagne et un résumé des observations recueillies par les auteurs durant leur séjour aux stations d'Ems, de Hambourg et de Wiesbaden notamment. Les études sur « la syphilis constitutionnelle » et sur le « rachitisme des enfants du premier âge » (*Archives*, octobre 1847 et mai 1849) constituent des descriptions détaillées auxquelles on a fait depuis de nombreux emprunts. Citons encore les observations de « maladies éruptives sans éruption », des « notes sur la gangrène pulmonaire des enfants à la mamelle », une étude sur « la diphtérite », un parallèle entre « le rachitisme et l'ostéomalacie », et quelques considérations sur « le diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle », tous sujets qui témoignent de l'intérêt qu'offraient aux auteurs les questions de pédiatrie. C'est, enfin, du mois d'octobre 1851, que date la monographie intitulée « Du nasonnement et de la paralysie du « voile du palais », parue dans l'*Union médicale* et qui a été le point de départ de travaux ultérieurs, plus étendus, sur la paralysie du voile palatin dans ses rapports avec les angines.

L'intimité devient de plus en plus étroite entre les deux collaborateurs et l'élève devient bientôt le chef de clinique du maître. Au mois d'octobre de la même année 1852, les *Archives* insèrent un article de 20 pages sur les « Accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright ».

Dès 1827, Bright établissait que la maladie qui porte son nom avait pour cause une lésion spéciale des reins et pour consé-

quences, l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, « dont la pesanteur spécifique était diminuée ». A côté de ces caractères essentiels, le célèbre médecin de *Guy's hospital* plaçait au premier rang les troubles respiratoires et circulatoires, et, au second rang, indiquait les accidents cérébraux comme une des complications importantes.

En 1839, Addison, collaborateur de Bright et lui aussi médecin de *Guy's hospital*, publie sous le titre de : *Des désordres cérébraux coïncidant avec les maladies des reins* (1), « le premier essai d'une étude monographique. » (2)

Ce document, « qui mérite, à tous égards, de prendre place parmi les plus importants », Lasègue en donne l'analyse, « presque une traduction ».

« Les affections cérébrales secondaires ont pour caractères communs la pâleur du visage, le peu de fréquence du pouls, la contractilité persistante de la pupille, qui reste sensible à la lumière, et l'absence de paralysie. Ces caractères généraux sont modifiés suivant les conditions individuelles, ils se compliquent de désordres nerveux et se groupent diversement. Les variétés peuvent se résumer dans les cinq formes suivantes :

« 1° Attaque plus ou moins soudaine de stupeur passagère, intermittente ou permanente, et se terminant par la mort ;

« 2° Attaque subite de coma avec stertor d'une nature spéciale, transitoire ou durable ;

« 3° Convulsions subites revenant par accès, assez rares ou tellement rapprochées, qu'elles peuvent être considérées comme persistantes et se terminant par la mort ;

« 4° Combinaison des deux formes précédentes, état comateux et attaques convulsives ;

(1) Addison, *On the disorders of the brain connected with diseased Kidney*.
(2) *Etudes médicales*, t. II, p. 824 et suiv.

« 5° Hébétude de l'esprit, lenteur et paresse à se mouvoir, somnolence précédée par des vertiges, diminution de la vue, céphalalgie suivie ou non de coma et de convulsions.

« *La première forme* est la plus rare ; visage pâle, pouls calme, pupille normale ; le malade est couché, immobile, sans paralysie, car il peut mouvoir ses membres ; on l'éveille quelquefois par des cris ou de vives secousses ; respiration régulière, pas de mouvements convulsifs.

« *La deuxième forme* est souvent précédée par les symptômes que nous venons d'indiquer.

« Le visage est très pâle ; le pouls petit, sans fréquence ; la pupille n'est ni contractée ni dilatée. Dans les très grands efforts de respiration, le pouls s'anime, le visage rougit, le coma est très profond. La stertor présente des caractères particuliers ; elle n'a pas le son guttural, rauque, nasillard, de l'apoplexie, elle est plus sifflante ; il semble que l'air frappe sur les lèvres du patient, plutôt que sur le voile du palais ; la respiration est plus accélérée que dans le coma apoplectique.

Troisième forme. — La pupille est souvent affectée ; pâleur alternant avec la rougeur ; pouls vif, fréquent dans les grandes convulsions, irrégulier, saccadé.

La cinquième forme est la plus insidieuse ; elle débute par une débilité et une paresse « intellectuelles qui passent insensiblement à l'état comateux, avec ou sans convulsions. Ce type se rencontre surtout dans les périodes avancées de la maladie de Bright ; il est alors accompagné ou a été précédé de vertiges, diminution de la vue, céphalalgie. Dans certains cas, le progrès est lent, le malade passe d'un état d'indifférence tranquille à une certaine torpeur physique et morale, et de là, à l'insensibilité la plus complète sur tous les sujets ».

Après avoir reconnu que les données du mémoire d'Addison sont vraies, pour la plupart, et ont été, depuis, confirmées par

l'expérience ; après l'exposition de son classement méthodique, Lasègue esquisse le tableau des accidents cérébraux qui se présentent à l'observateur dans le cours de la maladie de Bright.

Les « accidents se succèdent lentement, ou débutent avec une certaine intensité, sans qu'aucun prodrome ait averti le malade ou le médecin. Dans le premier cas, ils vont croissant à mesure que la maladie fait des progrès. La gravité de l'état général masque si souvent les premières atteintes qu'elles passent inaperçues ; pour en saisir la succession, il faut chercher les symptômes insignifiants en apparence, qui signalent l'imminence de cette complication. Le malade éprouve de la céphalalgie revenant par intervalles et plus incommode peut-être que douloureuse ; il se plaint de légers étourdissements, d'une sensation de vide dans le cerveau ; en même temps, il devient moins actif, l'exercice lui coûte. Sa physionomie exprime une sorte d'indifférence, *et son intelligence est plus paresseuse*. Les choses peuvent en rester là, et quand les symptômes ne dépassent pas ce degré, il semble assez naturel de les attribuer à la débilité qui résulte d'une maladie grave, plutôt que de les classer parmi les accidents cérébraux. Si l'*apathie* n'est pas plus marquée, elle a d'ailleurs ses intervalles, ses alternatives de mieux et de recrudescence ; cependant, il est impossible de méconnaître un ensemble de caractères propres aux albuminuriques et qui se manifestent déjà par l'expression du visage, la démarche, l'absence de préoccupation, et, surtout, de réactions intellectuelles.

« Chez beaucoup de ces malades, les phénomènes apathiques n'acquièrent pas plus de gravité, les désordres d'un autre genre prennent le dessus, et c'est à peine s'ils ont, dans le mouvement de la maladie, constitué une complication à signaler.

« Dans d'autres cas, les accidents vont en augmentant d'une manière graduelle, mais sensible.

« Les fonctions des sens sont plus profondément altérées, la vue

s'obscurcit, se trouble ou reste constamment imparfaite ; le malade accuse des bourdonnements d'oreille, de la surdité plus ou moins durable, plus ou moins égale en intensité pendant toute sa durée. Les rémittences des troubles sensoriaux sont incomplètes ; les fonctions moins profondément altérées par moments, ne recouvrent pas leur libre exercice ; la disposition à la somnolence s'accroît de jour en jour. Le malade, quand on l'interroge, semble se réveiller d'un demi-sommeil ; il répond lentement, et retombe dans son *état d'assoupissement.* L'intelligence est lente, incapable d'une attention soutenue ; plus tard, les idées ne s'enchaînent plus ; l'apathie s'est transformée en stupeur, la somnolence est devenue un état comateux ; à peine obtient-on, après les sollicitations les plus vives, quelques mots mal articulés à voix basse. La face est d'une pâleur cadavérique, plus ou moins bouffie ; les yeux, constamment fermés, sont sans expression, sans mobilité; quand ils s'entrouvent, les pupilles restent dociles à la lumière ; le malade est couché sur son lit, les bras pendants, complètement et absolument immobile, bien que ses membres aient conservé la faculté de se mouvoir sous l'influence d'excitations extérieures d'une suffisante énergie. La respiration est lente, presque insensible, si ce n'est aux derniers moments de la vie ; le pouls, faible, petit. Le malade s'éteint ainsi sans secousse, ou quelques mouvements nerveux annoncent sa fin prochaine. *Je n'ai jamais constaté de délire proprement dit, quand la maladie suivait cette marche lentement progressive.* Frerichs, qui a donné une bonne description de cet ensemble de symptômes sous le nom *d'urémie chronique* (1851), dit en avoir vu qui murmuraient à voix basse des mots incohérents ou des phrases qu'ils répétaient sans fin, et qui semblaient être le dernier effort dont leur intelligence fût capable.

« C'est sous une semblable forme que se produisent le plus souvent les accidents cérébraux ; on la rencontre chez les enfants

comme chez les adultes, et il n'est pas d'observateur qui en ait nié la validité, ou qui n'ait eu occasion d'en constater la fréquence. Il n'en est pas de même des désordres cérébraux qui surviennent tout à coup d'une manière imprévue, sans raison d'être apparente, sans avoir été précédés par une aggravation brusque de la maladie, sans reconnaître pour cause le progrès lent et le degré avancé de l'affection principale. »

Et Lasègue expose maintenant les phénomènes qui, tout en n'étant point dépourvus d'une certaine ressemblance avec ceux qu'il vient d'indiquer, en diffèrent, pourtant, par la soudaineté au moins apparente, de leur invasion, par l'intensité et l'évolution.

« Les prodromes insignifiants passent presque toujours inaperçus, ils serviraient d'autant moins à fonder des prévisions, que les signes précurseurs se présentent souvent dans le cours de la maladie sans être suivis d'attaques plus graves. Le malade accuse de la céphalalgie, de la somnolence intermittente,et quelque affaiblissement de l'ouïe ou de la vue. Un symptôme important est fourni par l'existence de vertiges, d'étourdissements bien définis, qui sont en général plus caractéristiques que l'état de malaise cérébral assez vague dont les albuminuriques se plaignent habituellement . . . .

« Quelquefois, et surtout chez les femmes, les prodromes sont encore moins manifestes ; ils consistent dans quelques phénomènes assez analogues à ceux que provoque l'hystérie : des palpitations sans lésion organique du cœur, des mouvements convulsifs des membres, des tremblements nerveux, quelques modifications dans le caractère et dans les habitudes. Quant aux indices que pourraient fournir les troubles des autres fonctions, ils sont encore moins significatifs. On avait supposé que les accidents cérébraux étaient précédés soit par une modification dans l'étendue de l'hydropisie, soit par une notable diminution de la sécrétion

urinaire. L'expérience dément la première hypothèse et *il est impossible d'établir un rapport exact entre l'extension de l'anasarque et l'imminence des accidents cérébraux.* Peut-être, cependant, surviennent-ils un peu plus souvent quand, avec une urine albumineuse, on constate une hydropisie peu étendue et peu considérable, surtout si, durant le cours de la maladie, l'hydropisie n'a jamais atteint un haut degré. Il est beaucoup plus rare que les phénomènes nerveux coïncident avec une diminution rapide de l'anasarque.....

« Quels que soient leurs antécédents, les accidents cérébraux aigus peuvent se résumer ainsi : ils consistent en un état comateux, des mouvements convulsifs, du délire, des troubles des sens », que Lasègue examine successivement :

« 1° *Coma.* — Qu'il soit subit ou qu'il se développe lentement, le coma se montre avec les mêmes caractères. Tantôt, il est incomplet ; le malade se réveille avec peine, mais il est possible de le faire sortir de son engourdissement à l'aide d'excitations plus ou moins vives ; tantôt, il est assez profond pour que l'albuminurique reste insensible à tous les moyens qu'on emploie. Il est à noter que cette dernière forme est presque toujours, sinon toujours, mortelle, tandis que la première peut n'être que transitoire ou intermittente. Lorsque le coma est imparfait, il peut durer depuis plusieurs heures jusqu'à plusieurs jours, avec ou sans rémissions marquées. Si les intermissions sont de courte durée, et donnent à prévoir le retour prochain de l'accès, au lieu du coma proprement dit, on constate *un état de stupeur* ou au moins *d'hébétude.* La parole est lente, traînante, sans indécision dans la prononciation ; le malade se contente de répondre aux questions qui concernent sa santé et ne peut suivre ni une idée, ni un raisonnement.....

« 2° *Convulsions.*— Les accès convulsifs ne surviennent presque jamais sans avoir été précédés ou sans être suivis par une

période de stupeur ; ils débutent avec la même soudaineté que les attaques épileptiques. L'accès est court, rapide, se compose d'un petit nombre de mouvements, de rétraction d'un ou de plusieurs membres, de jactitation ; c'est par exception seulement qu'on observe des convulsions isolées des muscles de la face ; cette forme est si rare, que quand on la rencontre, on doit soupçonner une autre affection que l'albuminurie. L'accès est plus long, il dure de dix à vingt minutes, et semble se composer d'attaques successives séparées par de très courts intervalles. Il se produit avec les caractères habituels de l'épilepsie ; les convulsions sont plus toniques que cloniques, les mouvements convulsifs se généralisent, l'agitation est plus grande. On comprend d'ailleurs, combien doit être incomplète la description d'accidents si rapides qu'ils échappent le plus souvent à l'observation du médecin ; on est forcé de s'en tenir aux rapports des infirmiers ou des gens de service, et de reproduire leurs récits. Peut-être ne pourrait-on pas citer dans la science une observation suffisamment détaillée pour qu'il fût possible d'indiquer les éléments d'un diagnostic différentiel entre les crises et l'épilepsie.....

« 3° *Délire.* — Le délire, bien que moins commun que les convulsions et le coma, n'est pas très rare, surtout à la période terminale de la maladie. Il peut résumer à lui seul tous les accidents nerveux, et, au lieu de l'*incohérence placide* des individus affectés de coma, se montrer avec les caractères de la *manie aiguë*. Le cas le plus exceptionnel que je puisse citer est celui d'un homme affecté d'une albuminurie subaiguë, qui se croyait en querelle avec ses enfants, voulait à toute force sortir, pour se réconcilier ou pour aller à ses affaires, chez lequel on fut obligé de recourir à l'emploi de la camisole. Le délire dura trois jours, et se répéta à plusieurs reprises, toujours sous une forme analogue.

« Deux ordres de considérations doivent se présenter quand on étudie les formes du délire ; d'abord, les habitudes antérieures

du malade, et ensuite les affections concomitantes. On sait combien l'invasion de l'albuminurie est fréquente chez les ivrognes, et quelle influence l'abus de la boisson exerce sur les troubles de l'intelligence dans le cours des diverses maladies. En outre, la plupart des albuminuriques délirants sont atteints de désordres graves de la respiration et de la circulation qui suffisent à provoquer la forme du délire qu'on constate....

« Quant aux troubles sensoriels, l'amaurose a surtout fixé l'attention des observateurs. Bright, qui avait déjà noté cet affaiblissement visuel, en a rapporté des cas très curieux, et les médecins qui, avec le plus de sollicitude, ont recherché ce symptôme, en ont constaté l'existence chez le huitième des malades.

« Les troubles de la vision varient, d'ailleurs, de degrés, depuis le plus léger affaiblissement jusqu'à la cécité. Ils ne consistent pas seulement dans une diminution de la faculté visuelle, mais peuvent se produire sous des formes variées (hémiopie, par exemple). Ils apparaissent, comme les autres accidents nerveux, à des périodes diverses, fournissent quelquefois le premier indice de la maladie, et débutent brusquement dans les cas où les complications cérébrales prennent ce caractère...

« Les bourdonnements d'oreille, la surdité à des degrés variables, ont été l'objet d'un examen moins attentif, malgré leur égale fréquence. Ce sont, d'ailleurs, des symptômes communs à tant d'autres affections compliquées d'un état maladif du cerveau, qu'il serait inutile ici d'y insister ; qu'il me suffise de les mentionner. »

Et Lasègue termine ainsi :

« En résumé, j'ai essayé de présenter le tableau des complications cérébrales qui se présentent dans le cours de la maladie de Bright, d'une manière aussi exacte que le permettent nos connaissances actuelles (1). »

(1) *Etudes médicales*, II, p. 843 et 844.

Si j'insiste sur le sujet qui nous occupe et si j'ai cité d'assez longs extraits du mémoire d'octobre 1852, c'est que le simple exposé clinique de Lasègue a le mérite d'avoir précédé les recherches plus récentes et, partant, plus complètes, sur l'urémie.

Depuis Lasègue, en effet, les troubles psychiques consécutifs aux néphropathies ont été étudiés par un grand nombre d'auteurs (1).

En 1872, Holsey, dans sa thèse, signale des cas d'embarras de la parole dans le délire de la néphrite scarlatineuse.

En 1883, Bouvat (thèse de Lyon) rapporte plusieurs observations de folie liée à des affections rénales.

En 1885, Dieulafoy crée le terme de « folie brightique », pour désigner les cas de délire consécutif à la néphrite chronique (2).

Cinq ans après, Raymond d'abord, Joffroy ensuite, établissent une distinction entre les troubles mentaux dus à l'auto-intoxication rénale et la folie brightique ; le dernier considère, dans une première catégorie, les cas où les troubles psychiques sont dus, uniquement, à l'albuminurie concomitante, et dans une seconde classe, range les faits où l'albuminurie n'est que le soufflet d'un feu vésanique qui couvait sous la cendre.

Florant (3), élève de Joffroy, développe, un an plus tard, la même thèse, avec observations à l'appui.

Alice Bennett remarque la fréquence relative de la mélancolie avec idées de persécution, avec ou sans hallucinations, dans les troubles psychopathiques en rapport avec le mal de Bright.

En 1892, Tuttle publie cinq observations de folie brightique ayant revêtu, dans trois cas, l'aspect de mélancolie simple.

---

(1) V. l'article de J. Roubinovitch, in *Traité de Pathologie mentale* de G. Ballet (1903) et celui de Régis, dans son *Précis* (1906), p. 516 et suiv.

(2) Dieulafoy, *Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux*, 1885.

(3) Florant, *Des manifestations délirantes de l'urémie ou folie brightique*. Thèse Paris, 1891.

En 1893, Régis et Chevalier-Lavaure (1), dans leur important rapport sur *les auto-intoxications dans les maladies mentales* admettent l'existence d'une folie brightique ou urémique proprement dite et d'une psychose survenue à l'occasion du brightisme. La première forme dont la similitude symptomatique avec la psychose alcoolique est frappante (Bischoff, Jacobson, Vigouroux et Juquelier), revêt les caractères des psychoses toxiques chroniques (illusions, hallucinations, idées de persécution, *confusion mentale*, cette dernière déjà bien observée par Lasègue). Quant à la seconde forme, elle peut revêtir l'aspect des diverses vésanies.

Au même Congrès, Cullerre (de la Roche-sur-Yon) relate les observations de 5 malades atteints de folie brightique, en faisant remarquer la fréquence particulière de la mélancolie et l'existence d'un terrain préparé par l'hérédité.

En 1897, J. Guélou (2) apporte 15 observations et distingue :

1° La folie brightique proprement dite.

2° Les cas où, à l'intoxication rénale vient s'ajouter une autre cause occasionnelle.

3° Les cas enfin, où l'intoxication urémique survient au cours d'une vésanie chronique. En ce qui concerne cette dernière éventualité, il n'est pas sans intérêt de remarquer que l'urémie intercurrente peut, ou se traduire par des symptômes psychiques indépendants, ou se manifester par l'apparition d'une démence irrémédiable.

Dans un article récent, J. Roubinovitch (3) consacre un chapitre à l'urémie délirante aiguë ou subaiguë, encéphalopathie ac-

(1) Régis et Chevalier-Lavaure, *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*. La Rochelle, 1893.

(2) J. Guélou, *Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins*. Thèse de Bordeaux, 1897.

(3) *Loc. cit.*

cidentelle, le plus souvent transitoire, qu'on observe à l'hôpital, au cours d'une affection rénale, et un autre chapitre, bien distinct, à la folie brightique ou urémique proprement dite. Le diagnostic est, ici, « plus difficile et plus délicat », car « on se trouve en en présence d'un aliéné qui méconnaît son affection rénale ».

E. Régis, dans le paragraphe de son *Précis* intitulé « auto-intoxication rénale », fait observer, après Pierret, qu'on observe dans le brightisme « toute une gamme de troubles du système nerveux allant du simple mal de tête ou de la torpeur intellectuelle au délire aigu fébrile et mortel » (1). Il distingue, dans la symptomatologie psychopathique du brightisme : 1° les troubles psychiques élémentaires ; 2° les psychoses proprement dites. Aux troubles élémentaires ressortissent la torpeur intellectuelle qu'ont bien mise en relief (nous l'avons vu) Addison et surtout Lasègue, l'hébétude, les rêves, les cauchemars, les hallucinations, le délire, la confusion mentale. Les psychoses, elles, peuvent être divisées en aiguës et chroniques. Dans le premier cas, on peut observer soit de la confusion mentale simple, avec délire onirique, soit une confusion mentale aiguë avec violent délire hallucinatoire, ou stupeur, ou même délire aigu fébrile. Quant aux psychoses chroniques (auto-intoxication rénale chronique), elle peuvent, comme l'alcoolisme chronique, se manifester sous forme de démence pseudo-paralytique (pseudo-paralysie générale brightique).

Je n'insisterai pas ; mais, avant de passer à un autre ordre d'idées, il est utile de mentionner deux articles qui, dans l'esprit de Lasègue, étaient destinés à compléter ses publications sur la pathologie rénale, à savoir : 1° le résumé analytique des travaux les plus récents de l'époque sur l'anatomie pathologique de l'albuminurie et intitulé : « Recherches nouvelles sur la maladie de Bright » (*Archives*, novembre 1853) ; 2° l'exposé criti-

(1) Page 516.

que du travail d'Addison (1) sur la symptomatologie et le diagnostic des « Maladies des capsules surrénales » (*Archives*, mars 1856).

Il écrit, à propos de l'immortelle découverte du doyen des médecins du Guy's hospital, professeur de clinique médicale « à cette institution » :

« La monographie que le Dr Addison vient de publier a, par l'imprévu des conclusions, réveillé l'intérêt et rappelé l'attention des pathologistes sur les maladies des capsules surrénales. A ce titre seul, le grand travail d'Addison méritait d'être sinon reproduit, du moins résumé dans presque tous ses détails ; s'il ne résout pas d'emblée les questions, s'il laisse une foule de problèmes à l'observation, il n'en est pas moins vrai qu'il ouvre une voie nouvelle où d'autres certainement s'engageront avec fruit. » (2)

Peut-on être plus intelligemment épris du nouveau ? Peut-on se montrer plus perspicace et meilleur prophète ?

(1) Addison, *On the constitutional and local effects of the suprarenal capsules*, in-4°, 44 pages et 11 planches coloriées, Londres, 1855.

(2) *Etud. méd.*, II, p. 866.

III

Lasègue est à peine chef de clinique, qu'il se présente au concours d'agrégation de 1853. Après quatre mois de lutte, les portes de la Faculté de médecine lui sont ouvertes (1), avec sa thèse : *De la paralysie générale progressive.*

Cette thèse, de forme riche et concise, saisissante et vraie, contient une description complète de la maladie, faite d'après de nombreuses observations personnelles. Lasègue s'est surtout attaché à décrire chacun des symptômes physiques et psychiques, en les étudiant depuis leur période de début jusqu'à leur phase terminale. Il a donc suivi le développement de l'affection et esquissé le type classique de la maladie connue, depuis Requin, sous le nom de paralysie générale progressive.

Après un aperçu historique, de sept petites pages, qui sert d'introduction à la monographie, Lasègue indique, en quelques lignes, la marche qu'il doit suivre et le plan qu'il s'est tracé.

« L'ordre de cette dissertation et la distribution des matières qu'elle doit renfermer me paraît tracé d'avance, et par la nature du sujet, et par la nécessité pressante de renfermer la paralysie générale dans les limites d'une exacte définition. Je traiterai, d'abord, de la paralysie générale dont les symptômes, la marche et la terminaison sont incontestés. J'insisterai davantage sur la période de début, parce que c'est là que s'élèvent les doutes, et qu'il est important de dissiper les incertitudes ; une fois le délire caractérisé ou la démence confirmée, on ne varie plus d'opinion.

---

(1) Avec lui sont nommés Bouchut, Aran, Delpech.

J'indiquerai ensuite les affections qui rentrent, par certains côtés, dans le cadre de la paralysie générale et qui doivent être envisagés isolément, soit à titre de formes spéciales, soit comme affections distinctes. Une assez longue expérience personnelle me permettra peut-être d'ajouter quelques traits au tableau qu'on a tracé de la maladie. Je ne m'occuperai que secondairement des points qui échappent à l'observation directe, tels que l'influence de la civilisation, des climats, etc... sur lesquels, à défaut de preuves, on se contente de présomptions..... »

Un résumé des grands traits de la maladie,court tableau descriptif emprunté en partie au professeur Requin (1) constitue une transition naturelle entre l'exposition du mémoire et l'analyse détaillée des symptômes.

Lasègue adopte,suivantl'usage,la division en trois périodes,car, si mal circonscrites que soient et que doivent être ces divisions, on gagne encore à les accepter.....

« Je dirai seulement, et sous toutes réserves, que, dans la première période, les troubles de l'intelligence sont le plus généralement de ceux qu'on se résignerait difficilement à désigner sous le nom de délire ; dans la seconde, le désordre intellectuel est plus prononcé, et aboutit à des conceptions délirantes ; dans la troisième, la tendance à la démence est manifeste. Les signes empruntés à l'état mental coïncident, d'ailleurs, avec des désordres dans les fonctions musculaires, et dans l'ensemble de la santé (2).

« *Première période.* — Les muscles du tronc, ceux du cou, ne sont jamais atteints par le tremblement à la période de début, tandis que dans les cas de trémulence alcoolique, il suffit d'appuyer la main sur l'épaule du patient pour constater la présence du tremblement, qui est universel.....

(1) Requin, *Eléments de pathologie*, Paris, 1846.
(2) Thèse d'agrégation, Paris, 1853.

« Pour avoir la mesure véritable du tremblement de la parole, on doit employer au besoin un moyen que je m'étonne de ne voir conseiller nulle part : il suffit de faire lire les malades au lieu de converser avec eux, pour dégager son examen de toute complication.

« La plupart des médecins sont persuadés que les malades n'ont pas conscience de l'incertitude de leur prononciation ; ils ne les interrogent pas sur ce point : c'est là, cependant, une question utile à poser. L'expérience montre que, durant la première période, le plus grand nombre des paralytiques s'aperçoit de la gêne dans la prononciation. J'ai, disent-ils, la langue pâteuse, par moments embarrassée ; quelquefois même ils se servent du mot de paralysée ; seulement, ils l'expliquent par des circonstances accessoires, comme l'état de leurs dents, la sécheresse de leur langue, le froid, etc.....

« L'exemple le plus frappant que j'aie observé est celui d'un habitant de Montmartre atteint, me disait-on, des premiers symptômes de la paralysie générale, aujourd'hui au dernier degré, *à la suite d'une chute grave sur la tête* ; la prononciation était devenue tellement indistincte, qu'on avait peine à le comprendre, et, après une amélioration, il était resté l'embarras de la parole, que je constatais encore, mais peu prononcé. En remontant à la source, j'acquis la certitude que la filiation ne s'était pas ainsi établie, et que, plus d'un an après sa chute, alors qu'il avait repris, depuis dix mois, toutes ses occupations, les premiers symptômes de tremblement avaient apparu. Je mentionne ce fait, pour prévenir une cause d'erreur assez fréquente. *Ce n'est pas que je nie la possibilité d'une relation entre l'accident et la maladie paralytique* ; je veux seulement constater que là, comme dans tous les cas dont j'ai été témoin, le début de la paralysie n'a pas eu lieu brusquement.....

... « La durée de la première période est impossible à définir ;

elle se prolonge, elle s'abrège, sans que, le plus souvent, il soit donné d'asseoir une prévision...

« Pour assigner une durée à cette période, il faudrait remplir deux conditions dont aucune n'est satisfaite ; il faudrait reconnaître, à des signes certains, l'époque précise de l'invasion ; il faudrait aussi que la transition entre le premier et le second stade fût marquée par des indices décisifs. L'invasion n'a pas de caractères certains, elle échappe à l'observateur, et à cause du peu d'importance apparente des premiers symptômes, et parce que, souvent, il faudrait remonter bien loin pour retrouver les modifications primitives de l'intelligence ou du caractère. Quant à la manière dont s'effectue le passage au deuxième stade, il peut avoir lieu assez subitement ou s'opérer par une lente et presqu'insensible déviation.

« *Deuxième période.* — Le bégaiement proprement dit commence au moins par intervalles ; les hésitations de la période précédente sont remplacées par de véritables arrêts dans l'articulation des mots... Cette gêne, néanmoins, n'est pas continue, elle a ses rémissions et ses exacerbations ; tandis que précédemment (1re période), nous avions à insister sur la continuité et l'espèce de monotonie des accidents, ici l'intermittence est le phénomène prédominant... Malgré l'évidence de l'obstacle, le malade le nie plus obstinément qu'il n'avait fait jusque-là : dans d'autres cas ou même dans d'autres moments, il en convient, mais il lui cherche habituellement une excuse, qu'il ne choisit jamais la même...

« Le délire paralytique est mieux désigné par l'appellation de délire de grandeurs que par toute autre. L'ambition exprime mal la pente de leurs idées ; ils n'ont aucune raison pour souhaiter des satisfactions qu'ils donnent toujours comme immédiatement réalisables. Ce n'est pas davantage de l'orgueil, car la plupart, comme disait l'un d'eux, sont bons princes. Définir des troubles

délirants en les assimilant à des passions, c'est s'engager dans une fausse voie et créer à plaisir des analogies qui n'existent pas, que n'aurait pas découvertes un examen dégagé de ce préjugé...

« Ce qui fait que cette maladie mérite le nom de progressive, suivant l'acception que lui a donnée M. le professeur Requin, c'est que, pendant tout son cours, les organes ou les appareils qui avaient été frappés dès le début restent atteints, et que les lésions s'accroissent sans se déplacer...

« Les désordres intellectuels et moraux ne se soustraient pas à la règle : le délire va reproduire, en effet, singulièrement amplifiées, les perturbations morales qui se dessinaient plus confusément, mais qu'il était possible de discerner...

« Si multiples que soient, en apparence, les directions ouvertes au délire, elles sont, en somme, peu nombreuses. On entend des individus appartenant à toutes les classes de la société répéter jusqu'aux mêmes phrases. C'est ainsi que certaines aptitudes semblent les flatter de préférence, je les ai vus presque tous se proclamer excellents musiciens, chanteurs goûtés du public, déclarer qu'ils avaient débuté à côté des plus célèbres artistes, tandis que très peu se vantèrent de dessiner avec une semblable perfection...

« Le luxe les séduit ; les équipages, les réceptions, les chasses sont racontées par de pauvres gens qui n'ont guère assisté à de semblables fêtes...

« La seule reproduction d'un seul interrogatoire fera mieux comprendre que toutes les descriptions, l'incohérence, le désordre, la contradiction du délire à ses divers degrés ; on y verra surtout quelle place tiennent les récits mensongers et absurdes.

« C..., ouvrier tapissier, 43 ans. Le délire date de 8 jours environ, au degré où on l'observe aujourd'hui. Il a été précédemment, et après les antécédents que je passe sous silence, comme un homme en ribote ; la maladie date, d'ailleurs, de plus d'un an.

Il s'exprime ainsi textuellement. « Vous me verrez demain dans mon uniforme de lieutenant-colonel ; j'ai été élevé avec les enfants de Bondy et de Chabrol. Avant-hier, le comte de Cherbourg vient et me dit : Donne-moi 500 francs ; j'ai cherché chez tous nos amis sans trouver, et je fais pourtant 500.000 francs de dépenses. J'ai des duels par-dessus le dos ; je chante et je compose avec Onslow. J'ai à offrir au préfet une chasse magnifique ; il faut 700 voitures. Voilà huit jours que je n'ai dormi. J'ai été ingénieur architecte ; je tenais une table d'hôte et 1848 m'a ruiné (ce qui est vrai). Je suis ouvrier par circonstance ; j'ai été élevé avec le duc d'Orléans à Charlemagne. Ma maison sera tenue désormais par ma sœur, une femme superbe que j'appellerai la marquise de Fontanges. Je veux entrer dans les zouaves ; je commencerai par être tambour, et j'arriverai à être colonel. Mon père était régisseur de la maison de Fontanges, ma mère est morte folle (ce qui est vrai), moi-même je me sens fou ; j'ai été fou pour sûr, je ne voyais plus clair. Ma femme a appris 6 langues avec moi ; j'en parle 12, mais, quelquefois, je m'embarrasse et je me trompe »...

« Enfin, je dois insister sur ce fait contesté, le délire caractéristique peut manquer, malgré le trouble de l'intelligence. La paralysie garde alors, dès le début, la forme apathique : la mémoire s'affaiblit notablement ; l'indifférence et la stupeur sont un état à peu près constant, interrompu seulement par des accès maniaques de courte durée, pendant lesquels le délire ne paraît pas affecter le type que je viens de décrire sommairement »...

« A côté des rémissions passagères, il peut se produire de véritables intermissions qui se prolongent et qui ressembleraient à une guérison confirmée, si l'expérience n'avait appris à s'en méfier...

« Le malade ne profite pas, en général, de la trêve dont on s'était réjoui ; il retombe plus gravement atteint qu'il ne l'était précédemment.

« *Troisième période.* — Ce stade a été si bien décrit par les auteurs, et par Bayle en particulier, qu'on ne peut qu'abréger le tableau qu'ils en ont donné sans y ajouter de nouveaux traits. Il est caractérisé, pour moi, par la prédominance des accidents qui se rapprochent de plus en plus de la paraplégie, par la présence ou le retour des convulsions épileptiformes, par la tendance à la démence ou la démence confirmée, et enfin, par les signes d'une désorganisation profonde...

« Le malade glisse laborieusement sur le sol plutôt qu'il ne marche ; aussi, le moindre obstacle détermine une chute. Il n'a pas l'intelligence du paraplégique, qui s'avance, pour ainsi dire, avec les yeux et calcule le point où il convient que les membres se laissent porter... La mémoire se perd entièrement ; les malades n'ont le souvenir ni des choses récentes, ni des faits passés depuis longtemps. Ils ont oublié leur adresse, leur profession, leurs noms : ils ne se souviennent même plus des premières syllabes du mot qu'ils ne peuvent pas achever. Lorsqu'on les sollicite de répondre, ils semblent s'épuiser dans un effort stérile qui aboutit à la répétition de ce qu'ils viennent de dire ou du dernier mot qu'ils ont entendu. La cloche du repas, qu'ils ont longtemps distinguée, ne réveille en eux aucun souvenir. Leur indifférence n'est pas moins absolue ; ils ne reconnaissent ni leur famille ni leurs amis. Pressés de témoigner un sentiment, ils se contentent de manifester une sorte de surprise dont l'expression s'éteint presqu'aussitôt sur leur physionomie ; quelques friandises qu'on leur offre les raniment momentanément.

« D'abord, ils s'étaient créé des habitudes ; ils préféraient s'asseoir à la même place, leurs promenades s'effectuaient instinctivement dans le même cercle ; ils conservaient, comme les idiots, quelques sympathies bornées : l'indifférence gagne tout et efface jusqu'à ces nuances. Enfin, perclus, insensibles à toute excitation physique et morale, ils ont cessé de vivre avant de mourir... »

Lasègue, dans cet aperçu, auquel il donne à dessein, quelque développement, a essayé de montrer « combien la maladie reste conséquente à elle-même, comment les symptômes s'engendrent plutôt qu'ils ne se suivent, et dans quelle sphère exactement limitée ils se meuvent ».

Un court chapitre anatomo-pathologique, dans lequel l'auteur cite, après Bayle, Calmeil, Parchappe, Foville, comme lésions les plus habituelles, l'épaississement méningé, l'injection sanguine de la pie-mère, l'épanchement de sérosité à la surface du cerveau et dans les ventricules,le ramollissement cortical et l'adhérence du cortex avec « les membranes », précède quelques considérations étiologiques, évolutives et thérapeutiques.

En ce qui concerne les causes de la paralysie générale, Lasègue « *ne met pas en doute qu'un certain nombre d'affections ou de lésions cérébrales ne soient l'origine de la maladie ; j'ai trop vu d'exemples de cette filiation, on en rencontre trop souvent dans les traités spéciaux, pour qu'il soit permis d'en douter, tantôt c'est une chute grave, tantôt une blessure causée par le choc, sur la tête, d'un corps pesant, d'autres fois une maladie fébrile de nature variable.*

Une petite page consacrée au traitement montre assez combien les médications curatives sont « tristement inefficaces », et la dernière partie du mémoire, soit une douzaine de pages, est relative au diagnostic positif,puis différentiel de la maladie. « Un tableau où rien d'essentiel n'est omis, où chaque phénomène vient à son rang, a toujours des clartés qui s'obscurcissent singulièrement dans la pratique. »

Au paragraphe dudiagnostic différentiel,Lasègue rend hommage au Dr Magnus Huss,de Stockholm,d'avoir « jeté le premier jour » sur l intoxication alcoolique « lente et graduelle » et il trace un tableau comparatif des manifestations paralytiques et des accidents

à forme chronique provoqués par l'abus des spiritueux. L'hésitation de la parole n'est jamais ou presque jamais (il ne faut point être trop absolu en clinique) un des premiers signes de l'intoxication alcoolique.....

Le tremblement des mains ne s'accompagne pas, au début de la paralysie, d'un affaiblissement musculaire qui manque rarement dans l'alcoolisme.....

Les fonctions génératrices, amoindries, ne sont point aussi complètement annulées dans l'alcoolisme que dans la paralysie générale.....

L'alcoolique n'a pas l'indifférence, encore moins le contentement du paralytique, etc., etc...

L'auteur arrive enfin, et c'est ainsi que se termine sa thèse, à la question qui, « soulevée dans ces derniers temps,préoccupe le plus les esprits », et qu'il pose de la façon suivante :

Doit-on établir une classe de paralysies générales progressives sans délire ?

Lasègue ne le croit pas et se déclare partisan de la théorie uniciste, avec Bayle (1), Parchappe (2) et J. Falret (3).

« Je reste convaincu qu'il faut s'en tenir au type unique dont j'ai donné la description. »

Depuis 1853, la science a progressé et, avec elle, les idées de Lasègue. La conception d'un type nettement défini de la paralysie générale, admise à l'époque et longtemps conservée, est devenue de plus en plus obscure, à mesure que s'élargissait le champ d'observation de la maladie. La constatation de faits cliniques multiples et variés nécessita bientôt « une fragmentation

(1) Bayle. Thèse de Paris, 1822 et *Traité des maladies du cerveau*, 1826.

(2) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, 1834-1838.

(3) Falret, *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Thèse Paris, 1853.

pathologique » (J. Falret) (1) et il fallut reconnaître « qu'autour de la paralysie générale classique gravitent de nombreuses affections cérébrales qui, pour avoir avec elle des points de contact ou de ressemblance multipliés, n'évoluent pas toujours comme elle ». (2)

Lasègue, dans les dernières années de sa vie, proclamait qu'à côté du type classique de la paralysie générale, il y avait lieu de décrire plusieurs types voisins présentant quelques analogies symptomatiques avec la paralysie générale vraie (périencéphalo-méningite chronique diffuse de Calmeil), mais en différant par d'autres symptômes à évolution distincte. Il convenait, en résumé, de reconnaître l'existence de plusieurs espèces de paralysies générales, et c'est cette dernière conception, qu'a développée Lasègue dans quatre leçons faites à la Pitié en 1880, recueillies et rédigées par le Dr Motet.

« La paralysie générale n'est pas une espèce aussi nettement définie que la plupart des médecins inclinent à le croire. Par un procédé commode peut-être, mais d'un résultat scientifique douteux, on établit sans effort le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle ; on néglige, parce qu'on les connaît mal, toutes celles qui, sous certains aspects, se rapprochent de la paralysie générale. » (3)

Lasègue, ici encore, nous donne un tableau pittoresque, intense et vrai, du paralytique général dont il note les déviations du caractère, et le malaise vague, qui ne se formule pas, de la période de début. Le malade s'est créé « une existence imaginaire qui n'a pas de nom ».

(1) J. Falret, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890.

(2) A. Motet, *loc. cit.*

(3) *Etudes médicales*, I, p. 814 et suiv.

Il faut suivre pas à pas la description pour en mesurer la haute valeur scientifique et apprécier la merveilleuse puissance d'observation du Maître.

La deuxième leçon est, en partie, consacrée à la différenciation de la paralysie générale et de l'intoxication alcoolique, question particulièrement chère à Lasègue.

Dans la troisième leçon, Lasègue fait une déclaration que je rapporte textuellement, et qui dénonce tout le convenu de ce qu'on appelle communément le diagnostic différentiel : « Le mot diagnostic différentiel m'inspire une véritable répulsion ; il consacre un procédé faux qui mène à l'étude comparative de signes réputés valoir la totalité de la maladie.

« Si vous voulez arriver à un diagnostic sévère, il faut suivre la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin. Vous n'avez pas le droit de vous contenter de dire : il y a du tremblement, de l'hésitation de la parole, des frémissements musculaires, de l'indécision dans les mouvements ; vous devez prendre l'observation, je ne dis pas l'écrire ; mais il faut remonter aux antécédents, et vous montrer moins soucieux de porter un jugement rapide, que de porter un jugement sûr ; seul, le temps vous permettra de le formuler. »

Dans la leçon qui clôt la série, Lasègue place des conclusions qu'on peut considérer comme « son véritable testament scientifique » (Ritti) sur le sujet complexe qui nous occupe :

« Prenez la paralysie telle que je vous l'ai décrite au début de ces leçons, prenez ce type uniforme que je vous ai nettement isolé, et semez sur cette paralysie générale toutes les possibilités que je viens de vous énumérer, prenez-les une à une ; mettez en regard de cette paralysie générale la forme apoplectique, puis la forme congestive, puis la forme vertigieuse, vous vous apercevrez que toutes peuvent se rencontrer dans la paralysie générale..... Ne faites pas de la paralysie générale quelque chose

d'absolu. L'étude de la maladie n'autorise pas ces délimitations étroites. Si vous voulez procéder d'une manière conforme à la réalité, faites-la plutôt rentrer comme une espèce dans un genre. Ce genre est celui auquel vous donnerez le nom de « périencéphalite diffuse », caractérisée par une perversion graduelle, successive, interrompue ou non par des incidents d'une faible intensité, sans arriver à une grande paralysie de l'intelligence, sans que la nécessité de l'internement s'impose C'est là une forme légère, mais ce n'est pas la seule ; vous trouverez aussi, par une progression suivie sans secousses, une détérioration physique, arrivant jusqu'à l'anéantissement intellectuel, avec des désordres énormes, et vous vous souviendrez que la démence a précédé les troubles physiques. C'est la forme grave, dont l'évolution plus ou moins rapide, plus ou moins lente, sera tout entière subordonnée à l'intensité des accidents cérébraux intercurrents...

« Je vous aurai, je crois, rendu service, si, sans vous donner de toutes ces choses une notion définie, précise, que je n'ai pas moi-même, je vous ai amenés à comprendre qu'il y a toute une catégorie d'affections cérébrales étalées, diffuses, universalisées, prenant l'individu tout entier, et, dans lesquelles, que vous les appeliez comme vous voudrez, périencéphalites, paralysies générales, il y a toujours un certain nombre de caractères communs. Si l'évolution n'est pas constamment la même, la fin de la maladie reste invariable, elle est fatale (1). »

Nous avons vu plus haut (thèse d'agrégation) que Lasègue admettait l'étiologie traumatique de la paralysie générale : son opinion, à cet égard, est nettement formulée.

Cette question du rapport du trauma et de la paralysie générale a, avec la promulgation de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents

(1) *Etudes médicales*, I, p. 871, 872 et 873.

du travail, acquis, aujourd'hui, une telle importance pratique, que je m'y arrêterai un instant.

Marcé affirme, en 1862, « que les causes physiques de la paralysie générale sont les coups et les chutes sur la tête » (1).

Vallon (2), dans sa thèse, n'ayant en vue que les coups et chutes sur la tête, apporte 20 observations inédites et déclare expressément : « Si on ne trouve pas plus souvent l'ictus traumatique au début de la paralysie générale, c'est, croyons-nous, par la raison bien simple qu'on ne le recherche pas suffisamment... Quoi qu'il en soit de la fréquence de l'ictus traumatique, presque tous les auteurs admettent aujourd'hui les coups et les chutes sur la tête comme une cause possible de paralysie générale. Mon maître, M. Ball, range les traumatismes du crâne parmi les causes pathologiques directes. »

Et il cite les opinions concordantes de Baillarger, de Lunier, quatre observations de Decorce (3), en remarquant que personne, excepté Lasègue, n'a accordé aux traumatismes crâniens « l'importance qu'ils méritent ».

En 1903, E. Dupré (4) écrit que « le traumatisme crânien a une influence étiologique minime mais réelle... Les notions que nous possédons sur l'influence pathogène des traumatismes crâniens sur le développement des pachyméningites autorisent à soupçonner à certaines paralysies générales une origine du même ordre... D'observations inédites concernant notamment trois officiers ayant fait des chutes de cheval, et d'ailleurs anciens syphi-

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, J.-B. Baillière, 1862.

(2) Ch. Vallon, *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques* (*Coups et chutes sur la tête*), Thèse Paris, 1882.

(3) Decorce, *Considérations sur la chirurgie des aliénés*, Thèse, 1871.

(4) E. Dupré, Article « Paralysie générale » in *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet (1903).

litiques (1), il me semble probable que la réunion de ces deux facteurs, syphilis et traumatisme crânien, réalise un cumul étiologique éminemment favorable à l'éclosion de la paralysie générale. »

En 1905, G. Ballet et Rogues de Fursac (2), à propos de l'observation rapportée par A. Lui, d'un malade chez lequel la paralysie générale éclata immédiatement après un traumatisme de la tête sans qu'une autre cause pût être invoquée, conviennent que « les cas aussi nets sont très rares. Dans la plupart des cas où le traumatisme est en cause, le début des phénomènes paralytiques est plus ou moins éloigné de l'accident et d'autres facteurs peuvent être invoqués ».

La question en est là lorsqu'elle est, à nouveau, impérieusement posée par Brissaud, au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Lille*, de 1906.

Le promoteur de la discussion affirme que, pour sa part, depuis dix-neuf ans, il « n'a pas eu l'occasion d'observer un seul fait de paralysie générale traumatique parmi les cas innombrables de traumatisme dont il a eu à examiner de près les conséquences».. « Des paralysies générales vraies, évolutives, progressives et fatalement mortelles, *survenant après le traumatisme chez des sujets non syphilitiques*, je n'en ai jamais vu un seul cas authentique... *L'accident n'est que l'occasion* à la faveur de laquelle la maladie, jusque-là latente, se démasque. Cela tombe sous le sens, et je ne me permettrais pas d'insister ici sur une notion étiologique connue de tous, classique, en quelque sorte enfantine. Il y a donc loin de cette condition de hasard qui, subitement, révèle

(1) Syphilis qui « n'était pas, dans les antécédents des paralytiques, recherchée » autrefois « avec la même rigueur qu'aujourd'hui ».

(2) G. Ballet et Rogues de Fursac, Art. « Paralysie générale », in *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, t. X (1905).

un état morbide préexistant, à la loi de causalité qui subordonne à un traumatisme une paralysie générale. »

Pour Briand, comme pour Raymond, qui sont du même avis que Brissaud, le trauma n'est qu'un épisode et la syphilis reste le point de départ.

Pour G. Ballet, le trauma joue le rôle de cause occasionnelle dans l'éclosion de la paralysie générale ; à la syphilis revient le rôle étiologique prépondérant. De plus, il importe de distinguer le point de vue nosologique pur et le point de vue pratique, médico-légal.

Vallon, beaucoup moins affirmatif que dans sa thèse inaugurale, croit qu'il est impossible de se prononcer et qu'il y a des cas où le traumatisme joue un rôle, et il fait la déclaration suivante : « Celui qui devient le plus souvent paralytique général est celui qui, prédisposé, contracte la syphilis et l'arrose d'alcool. C'est souvent l'alcoolisme qui intervient ; je crois que c'est quelquefois aussi le traumatisme. Je crois que le traumatisme peut déterminer la paralysie générale chez les syphilitiques, peut-être aussi chez des alcooliques chroniques, mais je ne puis l'affirmer. »

Régis enfin, et c'est par lui que je terminerai le court exposé des opinions les plus récentes sur les rapports du trauma et de la paralysie générale, résume ainsi la discussion.

« La conclusion qui paraît se dégager de l'ensemble des travaux des auteurs anglais et allemands dont la compétence est, à mon sens, indiscutable, c'est qu'il y a présomption de cause à effet entre un traumatisme et la paralysie générale : 1° lorsque le blessé n'avait pas présenté, antérieurement à l'accident, des troubles cérébraux ; 2° lorsque le trauma a été violent ou a déterminé un ébranlement général intense ; 3° lorsqu'il ne s'est écoulé ni un temps trop court, ni un temps trop long, entre le shock et l'apparition de la paralysie générale. Certains des auteurs que je cite ajoutent qu'il peut y avoir lieu à indemnité alors même que

le blessé fût un syphilitique, parce qu'il n'est pas prouvé qu'il eût dû verser dans la paralysie générale sans le traumatisme intercurrent. »

Régis a été heureux d'entendre G. Ballet dire « que la question des rapports du traumatisme et de la paralysie générale avait deux côtés distincts, le côté scientifique et le côté médico-légal ». Et il développe cette idée.

« Scientifiquement, nous pouvons être d'avis que la cause primordiale de la paralysie générale est une infection, particulièrement la syphilis : c'est ma manière de voir,et celle du plus grand nombre.

« Mais une opinion scientifique, si bien assise qu'elle paraisse, est susceptible de se modifier, et il n'est pas du tout prouvé que le traumatisme crânien, agissant comme je le crois, par les troubles de nutrition qu'il provoque, ne puisse déterminer ou, tout au moins, favoriser le développement d'une méningo-encéphalite diffuse. Toute conclusion scientifique formelle, absolue, en ce qui concerne l'influence étiologique directe du traumatisme sur la paralysie générale est donc à l'heure actuelle prématurée.

« Quant au côté médico-légal, il est plus aisé à résoudre, et il me semble difficile de ne pas se ranger, sur ce point, aux si judicieuses conclusions que vient d'émettre M. Ballet, lorsqu'il dit qu'on peut admettre, même en présence d'un antécédent syphilitique, qu'un traumatisme a pu influer sur la paralysie générale consécutive, en en devenant, pour ainsi dire la cause occasionnelle. »

Agrégé en 1853, médecin du bureau central l'année suivante, Lasègue devient, avec Follin et Valleix, sous la direction de Raige-Delorme, rédacteur en chef des *Archives générales de mé-*

decine. Il publie, dès lors, dans ce recueil (1), un grand nombre d'articles originaux, de notices biographiques ou de revues critiques.

En mai 1854, paraît la monographie sur « la toux hystérique » qui inaugure une série d'études entreprises sur les diverses manifestations de l'hystérie et dont une partie seulement a été publiée.

Lasègue a essayé de caractériser la toux hystérique par son mode d'invasion, son timbre, sa fréquence, d'en décrire les principales formes. Ce symptôme, très pénible, peut être la première et quelquefois la seule expression de la maladie ; c'est pour cette raison que l'auteur a jugé utile d'en donner une description détaillée.

« La description de la toux hystérique que je donne ici n'est, à proprement parler, que la paraphrase et le commentaire de la description si vraie, mais si brève de Sydenham (2) ».

« La toux hystérique (3) diffère essentiellement des formes convulsives de la toux, si fréquemment observées chez les jeunes enfants ; elle ne s'accompagne pas de spasmes violents, et n'entraîne pas par conséquent les congestions, les menaces d'asphyxie et les divers accidents qui succèdent aux convulsions thoraciques...

« Pendant l'accès, les secousses de toux se répètent avec une telle fréquence qu'on pourrait, à la rigueur, considérer la toux comme continue...

« Lorsque la toux procède par accès, les intervalles de repos reviennent avec une remarquable régularité, soit qu'ils aient

---

(1) « Dont il fait le premier organe international de médecine » (Hanot).
(2) Dissertation épistolaire adressée à Guillame Cole.
(3) *Etudes médicales*, II, p. 3 et suivantes.

lieu à la même heure, soit qu'ils dépendent de la position de la malade, ou d'une circonstance extérieure toujours la même et toujours agissant de la même manière.

« Quel que soit son degré de continuité, la toux cesse absolument pendant le sommeil, et se rapproche par conséquent, à ce point de vue, des convulsions choréiques. La suppression durant le sommeil est assez constante pour avoir une grande signification diagnostique.

« Les efforts de toux affectent un certain rythme monotone ; ils répondent à l'expiration, et sont ou non précédés par un court chatouillement laryngé ; ou la malade tousse à chaque expiration qui succède au mouvement inspirateur, ou elle fait entendre 2, 3, 4 expirations toussantes, avant de pouvoir reprendre sa respiration. Le rythme une fois donné, se continue presque invariablement.

« La toux hystérique peut être simple ou compliquée : à l'état de simplicité, elle ressemble assez bien à la toux que provoque l'inspiration de certains gaz, le chlore, par exemple ; elle est sèche, sonore, se continue indéfiniment, sans être modifiée dans son timbre, à quelque époque de la maladie qu'on la constate ; à l'état complexe, elle s'accompagne essentiellement d'enrouement, d'aphonie, de vomissements. Dans quelques cas, la toux prend, dès le début, un timbre particulier ; elle ressemble au cri d'un oiseau, elle est stridente, rude, rauque, bizarre.

« Cette forme est très exceptionnelle ; en tous cas, il faut se garder de confondre ces toux d'une sonorité spéciale avec les troubles vocaux chez les hystériques, qu'on a comparés à des aboiements, à des miaulements, etc... qui n'ont rien de commun avec de la toux. »

La toux hystérique « est une affection chronique, remarquable par sa ténacité, se prolongeant pendant des mois, sinon pendant des années, sans rémission ni intermission, sans être influencée

par la menstruation, par les phénomènes physiologiques ou pathologiques qui peuvent avoir lieu durant son cours.

« Elle n'est modifiée par aucun médicament connu, à quelque ordre de médications qu'il appartienne. Les grandes perturbations sont aussi impuissantes que les petits modificateurs ; les antispasmodiques fatiguent sans soulager..... »

Le changement de lieu seul peut réussir. « Sous ce rapport, la toux hystérique se rapproche de la coqueluche, qui est si souvent modifiée par les voyages, comme elle se rapprochait de la chorée par la suspension durant le sommeil.

« La toux hystérique guérit subitement, sans que rien ait fait prévoir cette heureuse et soudaine terminaison, ou elle diminue insensiblement et finit par disparaître à la longue. De quelque manière que se soit opérée la guérison, elle est sujette à des récidives et reparaît, le plus ordinairement, sans cause appréciable, à de plus ou moins longs intervalles.

« Elle affecte exclusivement les femmes ; on ne l'a jamais observée, passé l'âge de 25 ans. »

Pour justifier les principaux traits résumés dans ce tableau, Lasègue rapporte dix observations sommaires, « en s'abstenant de longues épicrises et de commentaires inutiles ».

L'observation VII a trait à une jeune fille de 20 ans, « de forte constitution, d'un tempérament sanguin, fraîche, grasse, jouissant de la plus belle santé ».

Les manifestations insolites de la toux continuelle et fort incommode dont elle fut affectée, sont relatées par Lasègue dans les lignes qui suivent :

« Si Mademoiselle X...se couchait soit dans son lit, soit sur un canapé, la toux cessait à l'instant. Mademoiselle X... pince de la guitare ; aussitôt qu'elle prenait cet instrument et commençait à en tirer quelques sons, la toux se suspendait à l'instant pour recommencer à l'instant où elle se levait ou déposait sa guitare. Durant le cours de cette singulière

maladie, plusieurs fois le décubitus a perdu sa faculté suspensive de la toux, toujours la guitare l'a conservée. Une bonne musique, qui éveillait vivement l'attention de la malade, jouissait aussi de la vertu momentanément médicatrice ; de sorte qu'ayant été à une représentation d'opéra, elle ne toussait nullement pendant les morceaux de chant, et attirait les regards de tous les spectateurs à cause de sa toux continuelle pendant le dialogue des acteurs. La marche, le grand air, exaspéraient les accès ; l'exercice en voiture les diminuait sans les suspendre. » (1)

Je crois devoir rapprocher de cette monographie sur la toux hystérique les articles parus beaucoup plus tard et qui ont respectivement pour titres :

1° « Anesthésie et ataxie hystériques » (*Archives*, avril 1864) ;

2° « Catalepsies partielles et passagères » (*Archives*, octobre 1865).

3° « De l'anorexie hystérique » (*Archives*, avril 1873).

4° « Hystéries périphériques » (*Archives*, juin 1878).

Dans le premier de ces mémoires, Lasègue a cherché à pénétrer dans l'étude plus approfondie de l'anesthésie hystérique, et à la comparer avec les anesthésies qui surviennent sous l'influence de lésions organiques du cerveau. Il étudie l'ataxie hystérique pour conclure par des considérations relatives au sens musculaire.

« Le sens de l'activité musculaire est donc plus complexe qu'il ne paraît tout d'abord.

« Il se compose des éléments fournis par la vue, par le tact, par l'éducation lente et progressive des mouvements. Chaque mouvement lui-même représente une succession de phénomènes qu'une minutieuse analyse arrive à décomposer, depuis le moment où on a décidé de se mouvoir jusqu'au moment où on dé-

(1) *Etudes médicales*, II, p. 15.

clare le problème résolu d'une manière satisfaisante ; à cette chaîne indissoluble en apparence, il peut manquer un ou plusieurs anneaux. Chez les hystéro-cataleptiques, l'état de rigidité de l'instrument musculaire, la disposition de la volonté, l'intervention de la vue, celle du toucher, sont autant d'éléments modifiés diversement, suivant les circonstances dans lesquelles s'exécute l'expérience, et qui changent les résultats. Admettre un sens ou une conscience de l'activité musculaire indépendante et suffisante à tout expliquer, ce serait simplifier l'étude en sacrifiant une part de la vérité. » (1)

Ce sont les états cataleptiques et en particulier ce qu'il appelle l'hystéro-catalepsie, qu'étudie Lasègue dans le second mémoire que j'ai cité.

Il faut, parmi les éléments dont se compose la motilité, détacher dans l'analyse physiologique la durée comme phénomène objectif, et le phénomène subjectif correspondant de la sensation de fatigue. Tout homme dont la force musculaire s'épuise sans qu'il éprouve de la lassitude est hors de l'état normal, et considéré comme un malade. Il suffit de se représenter l'impression que chaque médecin éprouverait en entendant cette phrase.

« Il se peut que, par une contradiction toute maladive, la tension musculaire soit persistante, et qu'en même temps la sensibilité à la fatigue soit annulée ; c'est cette anomalie que je désigne sous le nom d'état cataleptique.

« La catalepsie est constituée dans sa plus haute expression par une sorte de coma ou d'insensibilité absolue, qui annule les fonctions de la vie de relation sans porter atteinte aux fonctions de la vie végétative et par l'aptitude qu'a le malade à conserver passivement les attitudes, quelles qu'elles soient, qu'on impose à ses membres. Non seulement le malade ne fait pas d'effort vo

(1) *Etudes médicales*, II, p. 43 et 44.

lontaire pour changer les positions les plus incommodes, mais le membre reste immobile et tendu sans fatigue. La vie se continue ainsi, comme chez les animaux hivernants pendant un temps illimité. L'invasion est ordinairement subite, et cet étrange état cesse comme il est venu, soudainement, sans cause appréciable. » (1)

L'objet du troisième mémoire est « de faire connaître une des formes de l'hystérie à foyer gastrique, assez fréquente pour qu'une description ne soit pas, comme il arrive trop aisément, la généralisation artificielle d'un cas particulier, assez constante dans ses symptômes pour que les médecins qui l'ont observée puissent contrôler l'exactitude du récit, et que ceux qui la rencontreront au cours de la pratique ne soient pas pris au dépourvu. Le nom d'anorexie aurait pu être remplacé par celui d'inanition hystérique, qui représenterait mieux la partie la plus saillante des accidents.

« J'ai préféré, sans la défendre autrement, la première dénomination justement parce qu'elle se rapporte à une phénoménologie moins superficielle, plus délicate, et aussi plus médicale. » (2)

Lasègue présente alors un tableau en quelque sorte schématique de l'accident digestif signalé, avant lui, par Gall, et étudié, après lui, par Charcot. Il s'agit, le plus souvent, d'une jeune fille de 15 à 20 ans. Eclose à la faveur d'une émotion quelconque dont l'importance n'est soupçonnée par personne, et quelquefois même ignorée de la malade, l'anorexie hystérique s'installe bénigne et transitoire, ou grave et désespérément durable. Une « façon d'alacrité qui donne le change, apparaît avec la répugnance à s'alimenter qui va suivre une marche lentement progressive. La

(1) *Etudes médicales*, I, p. 907.
(2) *Etudes médicales*, II, p. 45 et suiv.

diminution de la nourriture tend à accroître l'aptitude au mouvement ; la malade se sent plus légère et n'accuse pas la moindre lassitude.

« Si la situation ne varie pas, quant à l'anorexie et au refus d'aliments, les dispositions de l'entourage se modifient à mesure que le mal se prolonge et parallèlement l'état mental de l'hystérique s'accuse davantage... »

Notons que la malade, qui se refuse à toute alimentation, accepte tous les médicaments qu'on lui donne, agents toujours inutiles, voire même nuisibles.

« Quand, après plusieurs mois, la famille, le médecin, les amis voient l'inutilité persistante de tous les efforts, l'inquiétude commence et avec elle le traitement moral ; c'est à ce moment que va se dessiner *la perversion mentale, qui, à elle seule, est presque caractéristique* et *qui justifie le nom que j'ai proposé faute de mieux, d'anorexie hystérique.* »

Les prières ou les menaces sont vaines et « l'excès d'insistance appelle un excès de résistance ».

« L'anorexie devient peu à peu l'objectif unique des préoccupations et des conversations. Il se forme ainsi une façon d'atmosphère, autour de la malade, qui l'enveloppe et à laquelle elle n'échappe à aucune heure de la journée. »

L'attention de la malade se concentre de plus en plus sur un « thème » qui est « fait », « elle systématise à la manière de certains aliénés, ne se met plus en quête d'arguments ; les réponses deviennent encore plus uniformes que les questions ».

Remarquons, d'ailleurs, que le jeûne n'est pas absolu et n'est point comparable au refus d'aliments du mélancolique, par exemple.

« L'anorexie ne s'est pas aggravée, et surtout, ne s'est pas transformée en un dégoût analogue à celui qu'éprouvent quelques phtisiques et beaucoup de cancéreux. La malade assiste volon-

tiers aux repas de la famille à la condition qu'on la laisse libre de se nourrir à son gré. . . . .

« Même au plus fort de ses répugnances, le cancéreux espère et sollicite un aliment qui éveille l'appétit, il est prêt à toutes les tentatives, quoique incapable de triompher de son dégoût.

« Le dyspeptique sans lésion organique s'ingénie à varier son régime, à s'aider par tous les moyens, il se plaint avec l'amertume habituelle à ceux qui souffrent de l'estomac. Ici, rien de pareil ; au contraire, *un optimisme inexpugnable* contre lequel viennent se briser les supplications, les menaces.....

« Si j'attache à l'état mental une importance qui paraîtra peut-être exagérée, c'est *que toute la maladie se résume dans cette perversion intellectuelle. . .* »

L'obstination dure des mois, sinon des années.

« Dans un cas où je succédais comme médecin à un de nos maîtres, la malade avait reçu des soins assidus pendant dix-huit mois, et, avec une nonchalance mêlée d'une pointe de causticité, elle répétait la conversation invariable qui se renouvelait deux fois par jour entre elle et son médecin :

« Mon enfant, vous êtes-vous décidée à manger ?

— Docteur, j'ai fait ce que j'ai pu, et je n'ai pas réussi.

— Encore quelques efforts , et tout ira bien. »

A la fin, la tolérance de l'organisme s'épuise ; l'amaigrissement fait des progrès rapides et la faiblesse générale augmente peu à peu. « L'exercice est devenu laborieux ; la malade reste volontiers dans le décubitus. » La gravité de ces signes est manifeste et redouble les inquiétudes des parents et des amis. Et, à ce propos, Lasègue insiste sur l'importance de l'*étude interpsychologique*. « Qu'on ne s'étonne pas de me voir, contrairement à nos habitudes, mettre toujours en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires, et on aurait une notion erronée de la maladie en

bornant l'examen à la malade. Du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est ici hors de doute, le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître. »

Ce changement inconscient dans les positions respectives de la malade et de ses familiers joue un grand rôle.

« La jeune fille commence à s'inquiéter de l'appareil attristé qui l'entoure et, pour la première fois, son indifférence satisfaite se déconcerte. »

C'est à ce moment précis que le médecin doit agir, s'il a eu soin de ménager son autorité.

« Le traitement n'est plus accepté avec une condescendance passive, il est accueilli avec une appétence que la malade cherche encore à dissimuler. La lutte qui s'établit entre le passé et le présent est curieuse à poursuivre et facile à constater, à la condition qu'on ne laisse rien percer de cette investigation.

« Deux directions s'ouvrent alors devant la malade : ou elle est assez détendue pour devenir obéissante sans restriction et c'est le cas le plus rare, ou elle accède à une demi-docilité avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées et, peut-être, *à l'intérêt qu'inspire sa maladie.*

« Cette seconde tendance complique singulièrement les choses. On passe par des alternatives de réussite et d'insuccès et l'amendement relatif peut être définitivement commué en guérison par l'intervention d'un événement imprévu (mariage, chagrin, perturbation morale profonde, grossesse, affection fébrile, etc.).

« Je n'ai jamais vu la maladie récidiver ; une fois établie, la guérison relative ou complète se maintient. » (1)

Enfin, dans son court article sur « les hystéries périphériques »,

(1) *Etud. méd.*, II, p. 63.

Lasègue fait une déclaration qu'on a, bien souvent depuis, reproduite.

« La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais (1). Les symptômes ne sont ni assez constants ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un même type descriptif puisse comprendre toutes les variétés. » (2)

Cette opinion, à quelques variantes près, a été défendue par G. Ballet, cette année même, dans une des deux séances consacrées, sur l'initiative de Babinski et en suivant l'ordre d'un questionnaire méthodique d'E. Dupré, à la discussion et à la révision de l'hystérie par la Société de Neurologie de Paris (3).

« Définir l'hystérie, fit remarquer G. Ballet, il ne me paraît pas possible d'y parvenir dans l'état actuel des choses... Ce qui me paraît caractériser l'état hystérique, c'est beaucoup moins le trouble suggéré en lui-même que la modification psychique, pour une bonne part au moins, à mon sens, d'ordre émotif, qui crée une aptitude particulière à la suggestibilité. C'est cet état mental particulier qu'il s'agit d'analyser et de caractériser, si nous voulons arriver à délimiter et à définir l'hystérie. » (4)

L'hystérie, aussi « ancienne que l'humanité » (5), n'était pas ignorée de Platon, et Hippocrate, Celse, Galien nous ont laissé de petits tableaux symptomatiques non dépourvus de vérité.

Boerhaave, et, surtout Sydenham, après les épidémies de danse et de démonopathie du moyen-âge, ont tracé des grandes manifesta-

(1) H. Dutil et Ch. Laubry, Art. Hystérie in *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, X, 1905 et R. Charpentier, *Les empoisonneuses. Dégénérescence mentale et hystérie*, th. Paris, G. Steinheil, 1906, p. 82.

(2) *Etud. méd.*, II, p. 78.

(3) H. Meige, *Revue neurologique* des 30 avril et 30 mai 1908 et *Presse médicale* des 4 et 25 juillet 1908

(4) H. Meige, La revision de l'hystérie à la Société de Neurologie, in *Presse médicale*, 25 juillet 1908.

(5) H. Dutil et Ch. Laubry : art. cité.

tions de l'hystérie, des tableaux cliniques d'une parfaite vérité.

Charcot et ses élèves P. Richer, Pitres, Gilles de la Tourette, etc., complètent les recherches cliniques et inaugurent la période des interprétations pathogéniques.

Les travaux de Babinski enfin, modifient la conception traditionnelle des phénomènes hystériques, perfectionnent les méthodes d'investigation et d'observation clinique, rétrécissent et précisent le domaine de la grande névrose, et le 7 novembre 1901, à la Société de Neurologie, Babinski propose de l'hystérie une définition nouvelle.

« L'hystérie (et mieux le « pithiatisme ») est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Tous les symptômes objectifs que la volonté ne suffit pas à reproduire n'appartiennent point à l'hystérie, et une grande partie des phénomènes qui lui ont été attribués ne font pas partie de son domaine. « Cette extension fâcheuse est due à l'ignorance trop fréquente des affections associées à l'hystérie. » (1)

Par conséquent, et c'est à cette conclusion que je voulais en venir, si la toux minutieusement décrite par Lasègue peut, à la rigueur, être considérée comme un des accidents viscéraux de l'hystérie, l'anorexie dite hystérique, elle, est un phénomène sur

(1) « Tous les médecins ont été frappés de la nature parasitaire de l'hystérie » disait déjà Lasègue, *Etudes médicales*, II, p. 64.

la nature duquel il est permis d'élever des doutes. Rien ne prouve qu'il s'agisse bien là d'un phénomène hystérique. « Le fait de survenir quelquefois chez des hystériques avérés ne serait pas une garantie suffisante de sa nature. D'ailleurs, le plus souvent, cette anorexie est un symptôme isolé, rebelle, sur lequel la persuasion la mieux dirigée n'a aucune prise, et le terme d'anorexie mentale, qui tout en reconnaissant l'origine psychique du symptôme ne préjuge en rien de sa nature, nous paraît préférable à la dénomination sous laquelle il a été étudié. » (1)

Quant à l'ataxie et aux anesthésies hystériques, elles doivent être considérées comme des phénomènes d'ordre secondaire et Lasègue, lui-même, déclarait :

« Que les hystériques *non encore éclairées par les investigations d'un médecin* ne font pas mention de l'anesthésie. J'ai examiné, à ce point de vue, un grand nombre de filles affectées d'hystérie, d'une intelligence plus que moyenne ; je les ai sollicitées avec de vives instances de ne rien omettre des incommodités qu'elles éprouvaient, et je n'en ai pas encore rencontré une qui fit spontanément figurer l'anesthésie parmi les accidents dont elle avait à se plaindre. » (2)

En décembre 1856, Lasègue, à qui on a reproché son septicisme thérapeutique, fait paraître, toujours dans ses *Archives* (qu'il n'abandonnera, d'ailleurs, qu'à sa mort), un article qui a pour objet : *Le rationalisme en thérapeutique.*

Il proteste, dans cette étude critique, contre la thérapeutique dite rationnelle, en tant qu'elle a élevé la prétention de déterminer la valeur curative des remèdes en dehors de l'observation cli-

---

(1) H. Dutil et Ch. Laubry, art. cité, p. 707.
(2) *Etudes médicales*, II, p. 30.

nique. Il y déclare, avec ironie, que « la médecine sans remèdes n'est pas plus justifiable que cette médecine de carrefour qui prétend se faire sans médecin (1) » et proteste véhémentement contre les prétentions de Miahle qui, au lieu de se résigner à n'être qu'un chimiste à compétence incontestée, tranche, au nom de la science, des problèmes qui ne le concernent pas. « Il ressemble à un magistrat qui rendrait des arrêts sur la géométrie, et qui ne trouverait plus ni code ni tribunal ayant autorité pour reviser ses jugements. »

Et plus loin :

« Une chimie pleine d'hypothèses, mise au service d'une observation clinique aventureuse ou réciproquement ; un fait engendrant une théorie, la souris accouchant d'une montagne. Nous sommes loin de méconnaître les connaissances et le talent de M. Mialhe, mais *il n'y a pas de savoir qui légitime un parti-pris de méthode qu'on juge être en dehors du vrai.* »

A la théorie déductive, aux explications *a priori*, aux preuves tirées non pas de ce qui est, mais de ce qui doit être, Lasègue oppose l'expérimentation et l'induction qu'avait préconisées François Bacon. En subordonnant les faits à des explications préalables, au lieu de faire progresser la science, on la ramène aux hypothèses scolastiques.

« L'induction qui cherche doit remplacer la déduction qui résout. »

Lasègue devait écrire encore quelques articles thérapeutiques qui suffiraient à témoigner l'intérêt qu'avaient pour lui ces questions pratiques. « *La thérapeutique jugée par les chiffres* », en collaboration avec le professeur Regnault (2) (*Archives*, 1877),

(1) *Etudes médicales*, I, p. 355 et suiv.

(2) Directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux fondée en l'an III de la République ou 1794 (Lasègue), « qui centralise la préparation, l'achat et la distribution de tous les médicaments sans exception » (*ibid.*).

est un exposé pharmacologique destiné à contribuer, à défaut de mieux, à l'histoire de la thérapeutique fondée sur la comparaison des prescriptions.

Quelques articles avaient déjà paru, qui avaient trait au « traitement des maladies par l'eau froide », aux bains chauds, à l'hydrothérapie en général (1).

En février 1882, un article de revue thérapeutique sur « *le Chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation* » clôt la série des études que consacra Lasègue à la thérapeutique (2).

En juillet 1859, les « *Gangrènes curables du poumon* » sont une analyse des faits publiés depuis Laënnec. Le mémoire peut se résumer ainsi : il paraît exister une affection gangreneuse, limitée soit aux parois des bronches, soit à leur contenu, dont les symptômes ont quelque analogie avec la gangrène pulmonaire circonscrite. Mais l'évolution, l'abondance et la nature de l'expectoration, la bénignité relative du pronostic sont spéciales à l'affection qu'étudie l'auteur, affection qui ne fournit à l'examen stéthoscopique que d'insuffisants renseignements et qui guérit spontanément ou cède à quelques préparations anticatarrhales.

Nous pouvons mentionner ici, comme relevant d'un sujet connexe les douze leçons, « recueillies et rédigées par MM. Tapret et Lermoyez, avec la collaboration de MM. Nourric, Marfan, Queyrat, Rattel et Mesnet, externes du service » de Lasègue à la Pitié (1879-1880), et consacrées aux « *Bronchites* », ainsi que la

(1) « Qui date seulement d'un petit nombre d'années » (1843) et qui « a conquis dans la thérapeutique une place dont on ne la dépossédera plus » (Lasègue, *Et. méd.*, II, p. 1077).

(2) Il conviendrait, pour être complet, de citer aussi les mémoires sur le traitement du rhumatisme noueux par l'iode ; sur « l'action thérapeutique du brome et de ses composés », sur la « médication hypodermique », sur « la gymnastique médicale », sur « le traitement du diabète », etc... (V. liste chronologique des travaux de Lasègue).

leçon sur « *les Pleurésies* », « recueillie et rédigée par M. Faisans (1) ».

Le professeur motive le choix du sujet de ses « causeries » « un peu » par le grand intérêt clinique d'un groupe morbide qui « a toujours été négligé, presque délaissé » et aussi « beaucoup par une simple fantaisie » de son esprit. Et il commence l'histoire des bronchites « par une sorte de prélibation, de préface consacrée au coryza » ; « et, de même que le nez est la préface des bronches, de même les inflammations nasales formeront la préface des inflammations des bronches ». « Petite maladie locale à préface solennelle, le coryza (2) s'annonce par un malaise vague, par de petits frissonnements, par de la fièvre légère. Le mal de tête ouvre la scène, s'accompagnant de sécheresse des narines, d'ardeur pénible au carrefour guttural ; la langue et la muqueuse buccale restent indifférentes au mal qui cherche à s'établir ; les troubles gastro-intestinaux eux-mêmes sont du reste à peine accusés ; nous sommes ici loin de ces angines à attaches gastriques dont l'envahissement s'entoure toujours de phénomènes digestifs bruyants. » (3)

---

(1) *Etudes médicales*, II, p. 458 et suiv.

(2) « Coulez, ma pituitaire ! et vous, pleurez, mes yeux ! » gémit Camuset (in Brissaud, « *Expressions populaires* ». Paris, Masson, 1892).

(3) En 1868, chez Asselin, parut un *Traité des angines*, de 400 pages. Ce livre, le seul qu'ait écrit Lasègue, est la réponse clinique la plus minutieusement simple et le démenti imprimé le plus formel aux reproches qu'on fit au savant maître « d'abuser de la phrase à effet » et « de n'avoir pas dit adieu à la rhétorique » (*Progrès médical*, 21 avril 1883).

Ici, en effet, les grandes questions doctrinales n'ont qu'une place minime, les occasions de brillantes dissertations sont rares, et les hardiesses intellectuelles n'ont pas à se donner libre cours. Il faut se maintenir « au ras des faits », et c'est ce qu'a voulu et réalisé Lasègue.

« Ce livre n'a rien emprunté à ce qu'on est convenu d'appeler l'esprit de la médecine moderne ; fondé sur l'observation des malades, il entre de plain-pied dans la pratique,sans avoir eu à franchir les hauteurs d'une théorie.

« Aucun homme mêlé de près ou de loin au mouvement scientifique n'a

L'éternuement, si analogue à la toux, qu'on peut le nommer « toux nasale », est une manifestation convulsive beaucoup moins variée que celle-ci. « L'échelle tonique qui représente l'aptitude du nez à éternuer est très courte ; pour la toux, au contraire, elle est très longue, à cause des appareils multiples de renforcement qui la modifient et produisent la toux gutturale, la toux laryngée, la toux trachéale, la toux des grosses et même des petites bronches. »

Je n'insiste pas, bien que ces exposés didactiques contiennent un grand nombre d'ingénieux aperçus ; le résumé analytique de ces leçons nous entraînerait trop loin et les dimensions de cette thèse ne me permettent pas d'entrer dans de plus amples développements. Qu'il me suffise d'indiquer plus particulièrement les

---

le droit de méconnaître la grandeur des progrès accomplis de notre temps ; mais à côté, sinon au-dessus des méthodes expérimentales, l'observation clinique garde une place qu'on pourra lui contester, mais qu'on ne lui ravira jamais. Insuffisante dans toutes les maladies qui aboutissent à des productions adventices ou qui se terminent fatalement par la mort, l'observation du malade est la seule méthode qui s'applique aux affections curables, destinées à disparaître sans laisser après elles des matériaux d'étude.

Et un peu plus loin :

« Insister sur l'autorité de l'observation clinique, ce serait donner à croire qu'elle a besoin d'une justification ou d'une excuse ; l'admettre à l'exclusion des autres procédés de recherche, ce serait nier la nécessité où nous sommes de profiter de toutes les ressources dont dispose notre intelligence. »

Mais le ton solennel fait bientôt place à l'ironie fine et l'auteur, comparant le théoricien et le praticien, dit :

« Entre le savant et l'homme pratique, il y a, et il y aura longtemps encore, la même différence qu'entre le professeur d'organographie végétale et le chef des cultures d'un grand domaine. »

L' « Introduction » du livre se termine ainsi :

« Ce traité, que seul je n'ai pas le droit de juger, se recommandera peut-être par un mérite, celui de ne pas être une compilation. L'auteur n'a pas énoncé un fait qu'il n'eût observé, il n'a pas émis une opinion sans l'appuyer sur l'expérience. Si imparfait que soit le résultat, il invoque, en faveur de ses modestes recherches, leur inattaquable sincérité. »

10e et 11e leçons sur les bronchites albuminuriques, qui ont pour but, avec plus de détails que les travaux antérieurs, « et peut-être avec quelques données nouvelles », d'exposer les diverses formes « sous lesquelles peuvent se présenter les états broncho-pulmonaires survenant chez les albuminuriques ».

IV

Successivement médecin de l'hôpital de Lourcine (1857), de la Salpêtrière (1859), de Saint-Antoine (1859), de Necker (1860), Lasègue suppléé par deux fois, pendant les années 1857-1858 et 1860-1861, le professeur Andral (1), dans la chaire de pathologie et de thérapeutique générales.

C'est dans le cours de ces années de suppléance, ou dans leur intervalle, que parurent les mémoires ayant pour titres respectifs : « De la thrombose et de l'embolie » (octobre 1857) et « De la théorie cellulaire, dans ses rapports avec la pathologie générale (mai 1859).

L'auteur y démontre que la pathologie générale doit enfin se débarrasser des systèmes périmés pour discuter les doctrines contemporaines. Aucune théorie n'a eu plus d'éclat et plus d'influence sur la direction des esprits que celle dont l'honneur revient au professeur Virchow. Lasègue expose, avec détails, les idées du professeur berlinois sur la cellule et son mode vital. Il essaie d'entrevoir et de signaler les voies nouvelles qu'elle ouvre à la biologie ; il dénonce, en même temps, les imperfections d'un système qui conduit à l'annulation de l'individualité vivante au profit d'un seul des éléments organiques, la cellule.

La théorie de la cellule émise par Schleiden pour les plantes, et appliquée par Schwann aux animaux (1839) est complètement

---

(1) « Le principal chef de l'école anatomo-pathologique de Paris, depuis la mort de Laënnec. » Broussais, *Examen des doctrines médicales*, I, IV.

admise par Virchow pour qui l'individu vivant n'est qu'un agrégat d'unités cellulaires indépendantes.

« Addison, esprit clinique par excellence, s'était efforcé de concilier la théorie moderne de la cellule avec les traditions les plus anciennes de la médecine. Ce résultat ne pouvait être obtenu qu'au prix de quelques sacrifices, et Addison n'avait pas hésité à subordonner l'histologie aux dogmes pathologiques sanctionnés par une longue et solennelle expérience. » (1)

Virchow, « qui n'avait aucune raison pour incliner vers un semblable compromis », regarde l'organisme comme une fédération où chaque partie constituante a son autonomie.

Virchow, « avec ses louables aspirations à l'esprit de découverte » et « encore une fois, on ne trouve que parce qu'on cherche, et on ne cherche que parce qu'on a la conviction qu'on doit trouver en suivant la direction qu'on s'est tracée d'avance, Virchow distribue les cellules en trois groupes qui correspondent aux trois tissus normaux. Chaque tissu, comme chaque cellule pathologique, répond à un tissu physiologique.

C'est sur de tels principes fondamentaux que Virchow, « plus scolastique que baconien », et avec la foi qui ignore les hésitations, édifie la pathologie avec hardiesse et originalité ; « tout en exploitant par avance le témoignage problématique de l'avenir », il demande au présent de suffire à sa tâche, en laissant derrière lui tous les systèmes issus de la médecine physiologique.

Qu'on admette ou non la doctrine d'une intelligence « inexorable dans ses déductions », les vues d'un « esprit puissant et systématique », on ne peut méconnaître l'importance de la théorie cellulaire qui a été un des événements de l'histoire de la philosophie médicale.

Pour Lasègue (2), « la pathologie générale, en prenant son

(1) *Etudes médicales*, I, p. 288.

(2) En relations suivies avec le professeur de Berlin.

point d'appui dans l'anatomie ou la physiologie cellulaire, méconnaît trop l'unité de l'organisme au profit des unités partielles ou de la cellule, ou des groupes de cellules. Dans cette prétendue confédération, chaque province ne relève pas de l'autorité centrale ; si on y reconnaît que l'être vivant est un individu, c'est presque une concession qu'on a regret de subir. Au malade, on substitue, en réalité, une collection de parties indépendantes en santé comme en maladie, ayant leurs lois physiologiques et pathologiques, leurs constitutions, et formant, pour continuer la comparaison, autant d'Etats dans l'Etat. . . . .

« Ma conviction est qu'il n'y a pas là les éléments d'une réformation, et que, si élevée qu'on suppose la mission de l'histologie, elle n'atteindra pas à cette hauteur ; sa place restera parmi les notions les plus précieuses, les plus nécessaires, mais à la condition expresse d'être mises en œuvre par un vrai médecin. » (1)

En 1870, dans un article sur « *les Fermentations morbides* » Lasègue, dont l'hostilité restait entière pour toute spéculation, qui lui semblait sans application utile » (Hanot), mais que les nouveautés ne laissaient jamais indifférent, sinon convaincu, prend « pour point de départ et pour guide » les premières recherches de Pasteur.

« Si grand qu'ait été le retentissement des travaux de Pasteur, il n'a pas dépassé la notoriété qu'ils méritaient. Son premier travail didactique (2) est un chef-d'œuvre d'expérimentation ingénieuse et d'exposition. »

Lasègue mentionne ensuite, les recherches de Lister « qui a institué toute une pratique chirurgicale en conformité avec la

(1) *Etudes médicales*, I, p. 301.

(2) Pasteur, « De la doctrine des générations spontanées », *Annales des sciences naturelles*, 1861.

(3) *Etudes médicales*, I, p. 390 et suiv.

théorie des ferments. Il expose, avec quelques détails, la méthode du chirurgien de Glascow, s'arrête, un instant, à l'examen des critiques réactionnaires des professeurs Hugues Bennet (d'Edimbourg) et Nunneley (de Leeds). L'article se termine sur les modestes déclarations suivantes :

« La compétence me manque et j'ai dû me contenter d'un simple exposé. Que l'avenir soit ou non propice à la théorie et à ses applications, ne peut-on pas, dès à présent, considérer les succès relatifs de Lister comme un argument de plus en faveur de cette proposition que la réussite des pansements dépend moins des procédés que de la sollicitude du chirurgien qui, ne se bornant pas à prescrire, intervient plus encore qu'il ne délègue ? »

Après cette incursion dans le domaine mouvant de la pathologie générale, Lasègue, revenant sur le solide terrain de la clinique, retrace les principes de l'Ecole d'observation et choisit comme types les maîtres qui ont nom : Richard Bright (*Archives*, mars 1859), Graves et Bretonneau (avril et novembre 1862).

Bright, Graves et Bretonneau n'ont pas de théorie, mais une méthode qui leur est commune. Ils l'ont mise en œuvre, sans en systématiser la valeur, sans en déduire les lois, car ils déclarent ne rien savoir en dehors des faits et tout entendre de l'observation directe des malades.

Le biographe recherche les règles qui président à cette observation, étudie ses procédés d'investigation et de contrôle.

« Bright appartient sans réserve à cette classe de médecins qui voient beaucoup, mais qui dissertent peu ; ce n'est ni par l'esprit philosophique ni par le dogmatisme qu'il brille... Il est plus pénétrant que profond... Aussi, le juge-t-on mieux par une analyse que par une appréciation...

Et Lasègue suit, pas à pas, les recherches qu'a poursuivies un maître dont les « ouvrages sont du petit nombre de ceux qu'on ne saurait trop relire et méditer trop souvent ». Les études du

médecin de Guy's hospital sur l'albuminurie (Reports of medical cases, etc., 1827 et Gulstonian lectures, 1833) sont résumées en quelques lignes, et Lasègue renvoie aux très courts mémoires originaux, en espérant qu'un jour on traduira, « en les réunissant, ces monographies qui font époque dans la science, et qui malgré l'immense retentissement qu'elles ont eu en Europe, restent encore inaccessibles à trop de médecins » (1).

Quant à Graves et à Bretonneau (2), deux hommes qu'ont séparés « leur éducation scientifique et le milieu où ils étaient appelés à vivre », « ils se prêtent à un de ces parallèles sincères et sérieux d'où sont exclus et les artifices oratoires, et les contrastes ingénieux, et les similitudes de fantaisie ; tous deux représentent, à des titres divers, de grandes figures médicales de notre temps : l'un qui a surtout laissé après lui la tradition verbale recueillie et fécondée par ses élèves, l'autre qui, plus heureux, a consigné, dans un livre destiné à devenir classique, le meilleur de son enseignement. »

« Ni l'un ni l'autre n'a les qualités qui font les hommes populaires en médecine. Pour comprendre leur valeur, il faut avoir longtemps vécu dans les intimités de la pratique et être parvenu à cette phase du savoir où on acquiert la mesure de son ignorance.....

« Graves et Bretonneau appartiennent, tous deux, par instinct plutôt que de parti pris et de propos délibéré, à une classe d'observateurs qui a compté à chaque époque d'illustres représentants, et qui aura ses fervents adeptes tant que la médecine aura pour but l'art de guérir.....

« On peut dire d'eux, ce qu'on a dit de la médecine elle-même, qu'ils sont tout entiers dans l'observation.....

(1) *Etudes médicales*, I, p. 71.
(2) *Etudes médicales*, p. 80 et suiv.

« Ils sont scientifiquement comme les gens honnêtes qui, pratiquant assidûment leurs devoirs, ne songent à rien moins qu'à faire un cours de morale.....

« Le professeur de Dublin et le savant médecin de Tours, « sont du nombre de ces médecins qui, d'ordinaire, laissent après eux plus de notoriété encore que de travaux (1) et qui sont moins des écrivains que des modèles à suivre ; si large qu'on fasse la part de leur originalité, ils obéissent à des errements qu'ont suivis, parmi leurs devanciers, ce qu'on pourrait appeler les disciples de l'école du bon sens en médecine.

Et Lasègue, dont les sympathies sont acquises à cette école, en expose avec détails, la méthode.

Le passage vaut d'être reproduit en entier.

Cette méthode, la voici, à mon sens (et Lasègue la connaissait bien) dans toute sa simplicité : « elle consiste à dégager l'observateur de l'observation, entité abstraite qui n'a pas de lois propres et qui obéit aux lois par lesquelles est régie l'intelligence humaine. En séparant ainsi ces deux termes, elle subordonne le second au premier, et elle introduit dans la science l'élément de la perfectibilité. L'observateur est mis en demeure de développer l'observation à mesure qu'il se développe lui-même ; à une lettre-morte est substitué l'esprit de recherche ; la rigueur immuable de la logique laisse une porte ouverte à l'invention, à l'activité personnelle, originale du médecin, qui n'existe et ne s'exerce qu'à la condition qu'on ait fait la part de l'expérience.

« Ce n'est donc plus à la médecine qu'il s'agit de donner l'impulsion, mais au médecin ; au lieu d'assigner d'avance une limite

(1) *Leçons de clinique médicale* de R. J. Graves (Traduct. Jaccoud), 2 vol. in-8°. Paris, Delahaye, 1862, et Bretonneau, Communicat. à l'*Académie de médecine* (1826) sur la *dothiénentérie* ; *Traité des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphtérite*, qui contient deux mémoires lus à l'*Académie de médecine* en 1821, et deux autres mémoires inédits.

toujours la même à ses investigations, on se borne à guider ses premiers pas, et une fois la marche assurée, on l'abandonne aux libres efforts de son intelligence.

« De même que, pour le littérateur, la grammaire est l'antécédent obligé, de même le médecin a ses notions grammaticales, qu'il n'a pas le droit de méconnaître ou d'oublier ; mais ces éléments ne sont ni pour l'un ni pour l'autre le dernier terme.

« La méthode de l'observation classique, une et invariable, répond à la première phase de l'étude, à l'adolescence scientifique. Elle enseigne à se garder des écarts, elle crée de saines et droites habitudes, mais ne va pas au-delà.

« Dans la seconde période de la vie médicale, nous entrons dans l'application des préceptes.

« L'invention n'est pas encore de mise. Il est temps seulement d'adapter les lois aux faits qui se déroulent sous nos yeux, d'en restreindre ou d'en élargir l'emploi. Qui de nous ne se rappelle comment, à cette époque où la pratique vient se mesurer à la théorie, il accomplit la tâche laborieuse à laquelle il se sentait, en somme, si peu préparé ; comment les malades, dans leur individualité, troublaient la sérénité des règles doctrinales ; que d'hésitations, que d'incertitudes ! Cependant l'équilibre s'établit, l'absolu perd de sa précision, et l'intelligence, longtemps flottante, finit par se reposer sur des notions mieux et moins définies. Pour les esprits de second ordre, ce temps de repos est le terme extrême du savoir. Il leur suffit d'avoir franchi ce passage difficile pour qu'ils se croient arrivés à la fin du voyage.

« Pour les hommes richement doués, cet arrêt d'un instant n'a été qu'une étape où ils se sont retrempés pour une nouvelle excursion. C'est à partir de ce moment que leur nature originale se dessine : ils avaient été, jusque-là, pairs et compagnons de tous les autres, ils deviennent eux-mêmes. C'est alors aussi qu'il devient fructueux d'assister à l'évolution de leur progrès ; au lieu

de marcher sur le terrain battu, frayé bien avant eux, ils courent aux aventures, et, dans leur ardeur de découvrir, ils n'ont garde de fuir les hasards inséparables des découvertes.

« Ce qui est dûment et solidement établi n'est rien à côté du peut-être. L'hypothèse, qui leur était interdite jusque-là, devient l'instrument nécessaire de leurs élucubrations, les conclusions provisoires s'accumulent, les lois en projet, les idées qui attendent les mûres élaborations, les explications à reprendre, se groupent et se classent. L'intelligence est mouvante, active, sans repos, ardente et patiente au travail ; bientôt, de ces richesses confuses se dégagent, à mesure que l'observation les consacre, des vérités dignes d'être formulées, bien qu'elles soient encore loin du fini qui leur vaut l'autorité d'une volonté classique.

« De quelque nom que l'art s'appelle, on sent, chez tous les maîtres, cette vivifiante aspiration ; sans elle, on peut être un homme habile, mais on ne s'élève pas au-dessus. La question n'est pas d'avoir un système (1), d'échafauder un thème que la postérité classe à son rang dans le catalogue des doctrines. Les praticiens, qui sont les artistes en médecine, n'ont guère la chance d'attacher leur nom à une œuvre théorique ; mais ils valent parce qu'ils affirment et surtout parce qu'ils entrevoient. On les reconnaît à un signe presque infaillible, c'est qu'ils appellent la recherche en éveillant la curiosité ; il semble qu'en les lisant on ne se borne pas à les comprendre, mais on sent comme un reflet de l'esprit qui les anime ; on devient, en leur compagnie, non seulement plus instruit, mais meilleur.

(1) « Les systèmes, dit A. France, sont comme ces minces fils de platine qu'on met dans les lunettes astronomiques pour en diviser le champ en parties égales. Ces fils sont utiles à l'observation exacte des astres, mais ils sont de l'homme et non du ciel. Il est bon qu'il y ait des fils de platine dans les lunettes. Mais il ne faut pas oublier que c'est l'opticien qui les y a mis. » (*Jardin d'Epicure.*)

« Cette sensation intime qu'éprouve tout homme dans le monde moral, on la retrouve moins distincte, mais non moins puissante dans le monde scientifique, et la provoquer est la marque des organisations supérieures.

« Graves et Bretonneau sont du nombre de ceux qui ont transmis leur pensée sous cette forme pénétrante, et c'est pourquoi ils me semblent avoir rang parmi les maîtres de la médecine. »

A Bretonneau, « disparu depuis quelques mois à peine du monde scientifique » et « encore vivant dans le souvenir de ceux qui l'ont pratiqué », Lasègue, qui l'avait connu, et avait su apprécier chez lui, « cette familiarité bienveillante dont les vieillards ont presque seuls le privilège », consacre quelques pages de pieuse et reconnaissante émotion. Il y ressuscite le maître « infatigable, tenace, persévérant dans sa recherche » qu'était le médecin de Tours. On le voit, « résister au calme indifférent de la province », entretenant, par ses seules forces, « une passion d'apprendre que rien ne vient du dehors encourager ou alimenter ». Pour les uns, Bretonneau « était d'une fantaisie sans tenue et sans contre-poids ; pour les autres, il avait l'œil incessamment fixé sur son but, si étranges que fussent ses écarts apparents. Il était, en effet, de ces deux choses qui semblent inconciliables.

« Je n'en veux qu'un exemple qui, à lui seul, vaut bien des explications. Bretonneau était passionné pour certaines collections, son jardin renfermait des espèces rares ; il se plaisait à vous montrer une plante dont il possédait l'échantillon unique en Europe, et si vous témoigniez le caprice de voir de plus près, il était homme à couper la plante à sa tige pour vous la faire accepter. »

L'illustre créateur de la spécificité morbide « avait, pour se maintenir dans sa ligne d'études, quelque chose de plus solide qu'une doctrine : c'était l'amour de l'art et de la science que la triste déchéance de la sénilité a pu, seule, éteindre en lui ; c'était

aussi une qualité rare et complexe qui ne se transmet ni ne se communique, parce qu'elle était instinctive :

« Bretonneau était né *observateur*.

« Si le monde médical n'a pas payé sa dette de reconnaissance à Bretonneau pour la découverte du siège anatomique de la fièvre

BRETONNEAU
Né à Saint-Georges-sur-Cher (I.-et-L.) le 3 avril 1778.
Mort à Passy le 18 février 1862.
Médecin en chef de l'Hospice général de Tours.

D'après le tableau de Moreau (de Tours), offert à l'Hospice général de Tours par l'auteur, fils de l'aliéniste, élève de Bretonneau.

typhoïde, il a glorieusement inscrit son nom au frontispice de l'histoire de la diphtérie. »

Incomparable biographe, et à la fois littérateur, historien et critique, Lasègue devait encore écrire, en 1872, et en 1875, deux notices sur « Louis et l'école médicale d'observation » et sur

« Duchenne de Boulogne » (en collaboration avec J. Straus) (1). A propos de Louis, éminente personnification de ce qu'on peut appeler le « numérisme », Lasègue note que « s'il plaisait de définir son rôle scientifique par un contraste, on pourrait dire qu'il fut juste à l'antipode de Broussais, son contemporain (2). L'un philosophe, affirmant les lois et les promulguant, l'autre, hostile aux généralités, naviguant toujours au plus près et bornant ses aspirations théoriques à donner la technique de la manœuvre (3).

Louis, « logicien et grammairien, passionné à froid, a trop oublié qu'*observer n'est pas percevoir.* »

« En supposant qu'on accepte, assertion plus que douteuse, que la perception est toute passive, on ne saurait à aucun prix étendre à l'observation cette passivité. Déjà, lorsque les sens entrent en fonction, on distingue le fait de l'impression matérielle, et la participation active du sujet percevant. Aucune langue ne confond l'action de voir avec celle de regarder, l'action d'entendre avec celle d'écouter.....

« Attentif est-il, quelque part, synonyme d'observateur? L'at-

(1) Sur Follin, son collaborateur aux *Archives* (juin 1867) et sur Morel, son ancien collaborateur et ami (mai 1873).

(2) Broussais, avec la fougue intransigeante qui lui était coutumière, ne se fit, d'ailleurs, point faute de juger Louis. Il est imprimé dans le tome IV de son *Examen des doctrines médicales* (3e édit. 1829) : « M Louis est un homme remarquable par l'étendue des détails dans l'exposé de ses observations ; il pousse cela jusqu'à la minutie, ce qui le rend ennuyeux pour ceux dont l'organisation diffère de la sienne, son grand moyen de conviction est le calcul. Il compte tout, formes des altérations organiques, symptômes, âge, durée, le tout d'abord appliqué à la maladie qu'il étudie, et ensuite à d'autres maladies qu'il croit à peu près analogues.

Le professeur du Val-de-Grâce qualifie le travail de Louis, sur la phtisie, « d'ouvrage sans vue ni pathologique ni thérapeutique, ni hygiénique ; à plus forte raison, sans aperçu physiologique » (et cela, Broussais ne le pardonnait pas) ; « Un ouvrage sans vie, ne respirant que le fatalisme ; l'obscurantisme et la mort. »

(3) *Etudes médicales*, I, p. 166.

tention est un simple fait de volonté sentimentale, l'observation ne mérite son nom que si elle représente un ensemble d'opérations raisonnées ayant, conformément à la loi de tout raisonnement, un commencement, un milieu et une fin, des prémisses et des conclusions.

« Ce fut l'erreur de Louis, de méconnaître ce caractère fondamental et d'avoir cru qu'en supprimant elle simplifiait..... L'école prit un des temps de l'observation pour l'opération tout entière : elle énonçait formellement que le raisonnement n'avait pas à intervenir et que tout se réduisait à la perception du fait simplement constaté. Elle aboutit ainsi à la reproduction photographique, qui eût marqué le dernier terme de ses aspirations. Descriptive en se considérant comme observante, elle épuise ses efforts dans le travail préliminaire de la simple énumération (*enumeratio simplex*), ajoutant non sans quelque naïveté qu'en bannissant le raisonnement, on s'épargnait tout danger de mal raisonner » (1).

La véritable observation qu'avait méconnue Louis et son école, Duchenne (de Boulogne) en appliqua tous les termes à la pathologie et à la thérapeutique électriques. Aussi Lasègue croit-il faire acte de justice en rendant à la mémoire du savant praticien un hommage affectueux. De plus, la plupart des mémoires de Duchenne avaient été publiés dans les *Archives* et « ses livres n'ont été souvent que le développement d'idées » dont il avait, dans ce journal, « déposé le germe ».

Reconnaissons que grâce aux travaux accomplis par Duchenne « avec un admirable esprit de suite, la physiologie musculaire a été complètement remaniée », qu'en substituant « à l'induction anatomique et aux conclusions *a priori* de ses prédécesseurs, l'analyse vraie et l'observation des faits, il a formulé plus nette-

(1) *Etudes médicales*, I, p. 168.

ment que personne avant lui, « la loi des synergies, des associations et des antagonismes musculaires, qui se dégage de ces recherches » (1).

De plus « si les beaux travaux de localisation spinale qui font l'honneur de l'école de la Salpêtrière, ont singulièrement éclairé la pathogénie et facilité la compréhension des types morbides créés par Duchenne (2), ils n'ont « rien retranché ni ajouté d'essentiel au tableau clinique qu'il en a tracé ; ce sont des cadres anatomiques, que ses descriptions cliniques sont venues remplir comme d'elles-mêmes, et son œuvre y a puisé une sanction nouvelle et définitive, celle des faits anatomo-pathologiques (3) ».

Rendons grâce à l'esprit de justice de Lasègue d'avoir rappelé dans ses *Archives* les titres de Duchenne à « une célébrité déjà conquise » de son vivant, et louons la perspicacité avisée du biographe d'avoir su prévoir le jugement confirmatif de la postérité.

Comme son maître Trousseau, Lasègue était né professeur. Aussi, chargé, par arrêté ministériel, d'un cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses, en août 1862 d'abord, de 1862 à 1866 ensuite, il attire non seulement les étudiants en médecine, mais des médecins et des étudiants en droit, des magistrats qui accourent en foule. Ces conférences, restées célèbres,

---

(1) Duchenne (de Boulogne), 1° De l'art de limiter l'excitation électrique dans les organes, sans piquer ni inciser la peau, nouvelle méthode d'électrisation appelée *électrisation localisée. Compt. rendus Acad. sciences*, 1847 et *Arch. gén. de méd.*, 1850 et 1854 ; 2° *Ibid. Physiologie des mouvements, démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique.* Paris, 1867.

(2) « Atrophie musculaire progressive », « paralysie atrophique de l'enfance » et « ataxie locomotrice progressive » (1858).

(3) *Etudes médicales*, I, p. 202.

n'ont malheureusement pas été recueillies ; nous y avons perdu de beaux morceaux d'éloquence car « il était en lui de parler et d'écrire comme à la fontaine de couler » (1). Hanot, qui y entendit Lasègue pour la première fois (grand amphithéâtre de la Faculté), nous confie que « la physionomie était calme, la tenue assurée, le geste simple, la voix naturelle ; cependant, l'œil restait presque constamment à demi-clos, comme si l'orateur, sentant plus vivement que jamais, dans les circonstances solennelles, le danger du schéma et de la codification en médecine, reportait obstinément sa pensée avec son regard vers l'indéterminé et l'inconnu. Je l'ai souvent retrouvé dans cette attitude ». (2)

Pour Motet (3),ce fut un enchantement.....Il était là dans son élément. Toutes les choses dont il avait à parler lui étaient depuis longtemps familières ; il était de plus, soutenu, inspiré par un sentiment généreux : il avait conscience qu'il comblait une grave lacune de l'enseignement. Aussi, sa tâche lui parut facile, il la remplit avec cet entrain qu'il savait dépenser à propos. Il débutait lentement, presque toujours par une phrase concise dans laquelle on pouvait trouver le programme de la leçon ; puis, sa pensée se développait. Sans gestes, sans éclats de voix, il arrivait par le bonheur de l'expression toujours juste, par le choix des images, par le rythme le plus harmonieux, à fixer, à soutenir l'attention. A de certains moments, il la stimulait encore par une spirituelle boutade, une allusion discrète, une comparaison ingénieuse. . . . . « Ce qu'il avait surtout, c'était l'amour de l'enseignement, la notion haute de sa mission d'éducateur ; ses merveilleuses aptitudes, ses goûts littéraires, ont fait de lu

(1) G. Sée, Eloge de Lasègue, au nom de la Faculté, *Trib. méd.*, 1er avril 1883.

(2) Hanot, *loc. cit*

(3) *Eloge à l'Académie de médecine*, 1896.

pendant des années, l'un des professeurs les plus écoutés de la Faculté de médecine. »

Le concours spontané de nombreux magistrats aux leçons de Lasègue ne doit pas nous étonner. Le maître, en pleine maturité physique et intellectuelle, avait acquis, en médecine légale, une haute notoriété. Le soin et l'intégrité qu'il apportait dans la solution des graves problèmes médico-légaux lui avaient attiré l'estime de tous et « une autorité que nul ne songeait à discuter ». A. Motet, son collaborateur, à qui j'emprunte encore les lignes suivantes, nous raconte que Lasègue, expert, « exposait, avec une clarté lumineuse, les résultats de son examen : il allait droit à la difficulté qu'il devait résoudre, il discutait simplement, dans un langage débarrassé de termes scientifiques qui eussent dérouté les jurés ; il voulait être compris, et tous ses efforts tendaient à faire ressortir les tares intellectuelles et morales de l'accusé, à mettre en relief tous les détails de sa biographie cérébrale. Quand il avait ainsi montré ce qui avait pu préparer le crime ou le délit, quelles influences pathologiques dominaient la situation, quand il avait décrit les phases successives de la maladie, il s'élevait à de hautes considérations ; il rassemblait tous les éléments qui avaient fait sa conviction, et, avec une indépendance absolue, il formulait des conclusions nettes, précises qu'il défendait, au besoin, avec la supériorité que lui donnaient son honnêteté scientifique et son incomparable talent.... Il avait de ces réponses qui désarmaient la réplique ; un mot, une phrase lui suffisaient pour ramener le débat sur son véritable terrain, et son jugement avait un poids si grand, que plus d'une fois, après sa déposition; le ministère public abandonna l'accusation, conseillant au jury de s'en rapporter à l'appréciation du savant. » (1)

C'est en pleine période d'activité médico-légale que Lasègue

(1) Motet, *loc. cit.*

résume, dans un mémoire sur la « Responsabilité légale des aliénés » (juin 1884), les principes qu'il appliquait au cours de ses expertises.

Comme il tient à rester sur le terrain pratique, « à montrer la maladie en contact avec la justice », il se garde d'envisager, d'effleurer même la grosse question métaphysique de la liberté humaine. Un problème aussi complexe l'eût entraîné trop loin et nécessité des développements que ne peut contenir un article de journal (1).

« L'aliéné est un type judiciaire à peine décomposé dans la nomenclature déjà vieillie de nos codes ; il ne répond pas à une unité scientifique. Dans cette catégorie artificielle et cependant indispensable, imaginée pour les besoins de la société, il existe des espèces multiples, variables, et bien plus que des degrés. »

Et, « eût-on fondé la classification des maladies mentales qu'on n'aurait pas supprimé la question qui s'imposera éternellement a la science : Cet homme est-il fou ?

« C'est que ce n'est pas la médecine, c'est la société qui interroge, et qu'entre être ou ne pas être fou il y a, pour elle, un abîme.

« Du jour où l'aliéné a été marqué du signe de sa déchéance, il n'appartient plus à la vie commune, et, placé hors la loi, il a les inconvénients et les tristes bénéfices de sa situation : d'une part, le magistrat le déclare dépourvu de la conscience de ses actes, et avec l'irresponsabilité, il lui assure l'impunité ; de l'autre, le médecin, faisant, par une rare exception, fonction de magistrat, décide que le malade sera privé de sa liberté et confié à la surveillance plus étroite de la maison de santé. Devant cette double juridiction, toutes les espèces sont forcément confondues,

(1) « Je ne veux pas ici m'engager dans des voies interdites à une recherche purement médicale, si difficile qu'il soit de détourner la vue de ces horizons qui vous troublent, mais qui vous attirent » (*Et. méd.*, I, p. 625).

et l'asile, qui renferme tous les types et tous les degrés dans l'enceinte de ses murailles, est le dernier mot de la solution.

« Nous sommes donc contraints à accepter un classement dont nous comprenons à la fois l'utilité et l'insuffisance, et on peut dire que le malade n'appartient à la libre recherche du médecin que du jour où il a été exclu à titre d'aliéné du milieu social. A partir de ce moment, les caractères particuliers de son délire se discernent et s'établissent, le traitement s'individualise comme la maladie ; on descend de la généralité aux détails pratiques,et la médecine n'a plus ni concurrence, ni contrôle en dehors d'elle-même, jusqu'au jour où, le mal s'améliorant, il y a lieu de se demander si l'aliéné est en droit de reprendre possession de sa personne.

« Le médecin,et c'est là une des grandes délicatesses de la tâche qui lui incombe, a donc deux missions à remplir relativement aux aliénés : qu'il soit l'expert commis par un tribunal ou le conseil appelé par la famille, il répond tout d'abord au pouvoir judiciaire ; c'est plus tard seulement, et après la décision qui aura conclu à la folie, qu'il aura charge du malade, et qu'il représentera, si l'on me passe ce mot, le pouvoir administratif. Ces deux conditions où nous sommes forcément placés sont assez différentes pour que chacune ait son point de vue et réclame des règles qui lui sont propres.

Tout ce qui a trait à la responsabilité légale des aliénés appartient, évidemment, à ce que j'ai appelé, pour être mieux compris, la phase judiciaire de l'intervention du médecin. Le malade n'est, comme le prévenu avant le jugement, qu'un individu supposé malade, sous toutes réserves. L'expert n'a pas le droit de disserter sur les phénomènes morbides, de décrire et de classifier, il est tenu de répondre catégoriquement à une question catégorique dont il ne choisit pas, dont il n'étend ni ne restreint l'énoncé ; semblable au juge d'instruction, il déclare s'il y a lieu ou non

d'invoquer la responsabilité morale ; là se borne sa compétence du moment.

« Il semble qu'en limitant ainsi son mandat, le médecin gagne à la fois plus de précision et de sûreté, il n'en est rien, et ce qui paraîtrait la sauvegarde est justement le pire écueil.

« L'assimilation de l'expert-médecin avec le juge est, en fait d'aliénation, une erreur, et par conséquent un danger. Leurs devoirs n'ont aucune parité ; ils doivent, pour se maintenir dans la sphère de leur action légitime, suivre des voies toutes différentes. Au magistrat, il appartient de prononcer sur le fait, sans scruter les aptitudes morales de celui qui l'avait commis ; tout au plus peut-il apprécier les intentions, en mesurant la préméditation, qui n'est, elle-même, que la préparation à l'acte. Obligé par la lettre du code, il cherche jusqu'à quel point l'action incriminée répond à la définition, mais l'homme échappe à son jugement, parce qu'il lui fait supposer que l'homme est un, comme la loi est une, sous peine de se perdre dans l'inquisition des sentiments ou des tendances intimes.

« Le médecin, appelé à connaître de l'aliénation, suit la marche inverse : s'il prétendait juger la valeur absolue de l'acte, il serait entraîné aux plus compromettantes déceptions ; sa mission est d'examiner le prévenu et de donner la caractéristique scientifique de l'homme, indépendamment du délit qui leur est imputé ; à l'encontre de la justice humaine, il scrute les replis cachés de l'intelligence, et déclare que l'individu a été capable ou non d'obéir à la loi du sens moral ; non seulement il apprécie les dispositions probables, mais il mesure les dispositions possibles, et il affirme que l'accusé n'a pas pu comprendre la portée de ses impulsions et leur opposer une résistance efficace. Les faits sont hors de cause : ils tombent sous l'application de la loi écrite, le coupable est connu, les preuves sont accumulées, et cependant l'auteur du

délit ou du crime est soustrait à la punition comme n'ayant pas le droit d'être un délinquant ou un criminel.

« Placée à cette hauteur, d'où elle domine toute l'enquête, la médecine acquiert une autorité qui lui impose les obligations parallèles. L'expert qui a proclamé l'irresponsabilité en affirmant l'aliénation a pris là une décision dont la gravité n'échappe à personne ; il n'a pas, comme dans la plupart des cas où intervient le médecin-légiste, ajouté au fait incriminé l'appui de son expérience, il n'est pas un témoin qui précise et qui interprète, qui mesure la plaie, et constate sa direction, sa profondeur, son danger, il va chercher son information où personne autre que lui n'a le droit de la puiser, dans les forces actives elles-mêmes et non pas dans leurs effets. Dussent vingt crimes s'ajouter à celui qui a motivé l'instruction, dussent tous les détails être modifiés ou transformés par une recherche approfondie, son opinion est inébranlable, parce qu'elle repose sur des éléments que, seul, il a mission d'interroger, et parce que l'homme n'en est pas moins un fou, qu'il soit, en définitive, un assassin ou un vagabond. » (1)

Ces considérations préliminaires qui servent d'exorde au mémoire, tiennent au fond même du problème, bien qu'en pratique, l'expert ne soit tenu que de répondre à une seule question, à savoir : Le prévenu est-il aliéné, et, par conséquent, irresponsable ?

« A un à peu près qui suffit à la pratique, nous avons pour obligation de substituer une décision solennelle. »

Une question aussi brièvement nette suppose, en réalité, que l'aliénation débute d'emblée, ce qui n'est pas. Le croire serait une erreur et une faute. L'aliénation doit donc être étudiée « à l'état naissant » et alors « la tâche est si grosse de responsabilité, que j'en appelle à la conscience de tous ceux qui ont eu à se poser et à résoudre le problème, bien assuré que pas un n'a oublié les

(1) *Etudes médicales*, I, p. 620.

irrésolutions si perplexes qu'il a successivement traversées ».

Lasègue, pour quitter ces données générales qui semblent « plus près de la philosophie que de l'application », montre comment, même dans la phase prodromique, « l'aliéné perd la direction de sa conduite morale avant même qu'il laisse s'égarer presque au hasard ses facultés intelligentes ».

Il a compulsé « la biographie judiciaire » des aliénés examinés par lui, et placés, à la suite de son examen, dans les asiles de la Seine.

« J'avais ainsi à ma disposition les deux éléments à l'aide desquels on peut étudier l'évolution médico-légale de la folie : d'une part, le malade observé directement, alors que le délire venait d'éveiller l'attention de l'autorité ; de l'autre, le catalogue officiel des peines que le malade avait précédemment encourues à une époque où son intelligence était supposée indemne.

A l'aide de quinze observations, le médecin du service des aliénés du dépôt montre comment on peut suivre le passage lent et graduel de l'affaiblissement intellectuel à la démence confirmée.

Il termine en remarquant « l'étrange uniformité » des désordres intellectuels dont il rapporte l'évolution. « Ne semble-t-il pas qu'on assiste, dans le monde moral, à quelque chose comme ces orages qui se préparent au loin, restent menaçants sous les formes les plus mouvantes et finissent par éclater tout-à-coup ?..

« Si on veut s'en tenir aux faits à la manière des juristes, force est d'admettre que l'aliénation a commencé avec l'acte où s'est pour la première fois exprimé le délire, comme la criminalité ne commence qu'à l'heure où le crime a été commis ou prémédité ; si, au contraire, acceptant le point de vue où doit, comme je l'ai dit et redit, se placer la médecine légale, on entend juger l'homme, épier ses transformations et mesurer le progrès, si lent qu'il soit, de l'évolution morbide, il faut remonter bien plus haut.

Légalement, l'aliéné est celui qui délire ; médicalement, la folie n'est pas née le jour où elle a été acquise au diagnostic de l'expert (1). »

Les travaux sur l'énorme problème du libre arbitre et de la responsabilité humaine sont trop nombreux pour que je veuille les rappeler ici, je n'en ai ni le pouvoir ni le désir. Indépendamment de toute idée métaphysique, la question de la responsabilité des aliénés a été envisagée par un grand nombre d'auteurs parmi lesquels il convient de citer Motet (2), Tardieu (3), Legrand du Saulle (4), J. Falret (5), P. Garnier (6), Pactet et Colin (7), pour ne nommer que les principaux.

L'année dernière enfin, au Congrès de Genève, G. Ballet a nettement posé la question de la responsabilité, dans ses rapports avec l'expertise médico-légale. On parle, a dit le rapporteur de responsabilité *morale* et de responsabilité *sociale*, et aussi de responsabilité *pénale*, qu'on veuille bien réfléchir, et il sera facile de se persuader que cette dernière n'a pas d'individualité propre et n'a de raison d'être qu'en tant que subordonnée à la responsabilité morale ou à la responsabilité sociale.

Or, la responsabilité morale suppose la croyance au libre arbitre. Quant à la responsabilité sociale, visant le préjudice causé, elle comporte une réparation ou une indemnité, et n'entretient aucune relation avec la responsabilité morale. En matière cri-

(1) *Etudes médicales*, I, p. 641.

(2) Motet, *Les aliénés devant la loi*. Paris, 1866.

(3) Tardieu, *Etude médico-légale sur la folie*. Paris, 1872.

(4) Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*. Paris, 1864.

(5) J. Falret, *Les aliénés et les asiles d'aliénés*. Paris, 1893.

(6) P. Garnier, *Internement des aliénés* (Thérapeutique et législation). *Congrès de Nancy*, 1896.

(7) Pactet, *Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux*. Th. Paris, 1893 ; Pactet et Colin, *Les aliénés devant la justice* (*aliénés méconnus et condamnés*) (Collection Léauté) ; *Les aliénés dans les prisons* (*aliénés méconnus et condamnés*) (Coll. Léauté). Paris, 1902.

minelle donc, le mot responsabilité ne peut signifier (sous peine d'inanité) que responsabilité morale ou responsabilité sociale.

Mais alors, dans le premier cas, il suppose, de la part de celui qui l'emploie, une adhésion à la doctrine métaphysique du libre arbitre, et au philosophe, seul, appartient la recherche de la solution du problème. Dans le second cas, le mot responsabilité implique une interprétation du dommage causé à la société dans le passé ou susceptible d'être causé dans l'avenir, et le législateur ou le magistrat ont, seuls, qualité pour arrêter les mesures applicables au délinquant ou au criminel.

Par conséquent, il convient d'appliquer à la lettre l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu étaiten état de démence (terme générique comprenant l'aliénation mentale tout entière) au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Le médecin, invité à donner son avis sur des faits d'ordre exclusivement médical, n'a point à parler de responsabilité, d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée. C'est une habitude arbitraire et contraire à la lettre et à l'esprit de la loi que d'introduire cette questio dans les ordonnances, dans les jugements à fin d'expertise ou dans les rapports médico-légaux (1).

Grande est l'importance médico-légale des psychoses éthyliques et c'est, ici, le lieu d'analyser les belles études de Lasègue sur l'alcoolisme.

Ces pages que je me contenterai,bien souvent,de rapporter telles quelles, « Lasègue les avait, avant de les écrire, vécues ; et si ce merveilleux artiste a su fixer en traits inoubliables des tableaux d'un si pittoresque réalisme, c'est qu'il en avait saisi sur le vif

(1) G. Ballet, L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. *Rapport au Congrès des aliénistes et des neurologistes*. Genève-Lausanne, août 1907 (*Presse méd.*, 7 août 1907).

toute la dramatique horreur » (1), à l'infirmerie spéciale dont il fut, je l'ai déjà dit, le premier médecin en chef.

L'alcoolisme est vieux comme le monde et la légende de Noë nous prouve que l'ivresse n'était pas inconnue de nos pères (2). Les lois de l'austère Lycurgue et celles de Dracon eurent pour but de réprimer ses progrès.

A Rome, comme en Grèce, on sacrifie plus que de raison à Bacchus, et Sénèque nous dépeint, sous de vives couleurs, l'intempérance de ses concitoyens, en nous traçant des effets de l'ivrognerie un saisissant tableau. « De là dit le philosophe romain, cette pâleur, ce tremblement des nerfs qu'a pénétrés le vin, ces maigreurs par indigestion, plus déplorables que celles de la faim ; de là cette incertaine et trébuchante démarche, cette allure constamment chancelante ; de là cette eau infiltrée partout sous la peau, ce ventre distendu par la malheureuse habitude de boire outre mesure ; de là, cet épanchement d'une bile jaunâtre, les traits décolorés, ces consomptions, vraies putréfractions d'hommes vivants, et les doigts retors aux phalanges raidies, et les nerfs insensibles, distendus ou torpides, ou tressaillant et vibrant sans repos. Parlerai-je de ces vertiges, de ces tortures d'yeux et d'oreilles, du cerveau qui bouillonne et que les vers semblent ronger ? Nervorum sine sensu jacentium ant palpitatio sine intermissione vibrantium. Quid capitis vertigines dicam ? Quid oculorum auriumque tormenta et cerebri œstuantis verminationes ? » (Sénèque, *Epistola*, 95, § 16).

---

(1) E. Dupré, *L'œuvre psychiatrique et médico-légale de l'Infirmerie spéciale*, p. 13.

(2) Trélat, *Etudes historiques sur la folie*. Paris, 1833 ; Morel, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860 ; G. Ballet, Historique des études sur l'alcoolisme, in *Traité de pathologie mentale*, 1903.

Mahomet, que l'ivrognerie préoccupait, interdit l'usage du vin, et Charlemagne eut à lutter contre l'alcoolisme. Au XI^e^ siècle, la fameuse *aqua vitæ*, d'abord précieux remède, devient bientôt boisson nocive, car les pharmaciens cessent d'en conserver le monopole, et, au XVII^e^ siècle, vend de l'eau-de-vie qui veut en vendre. L'apparition des alcools dits d'industrie diffuse une funeste habitude sur tous les pays d'Europe et, en particulier, sur ceux du Nord, l'Angleterre, la Russie, la Suède. En 1852, un Suédois de Stockholm, le D^r^ Magnus Huss, donne la première description des symptômes de l'alcoolisme chronique (1).

C'est au traité de Magnus Huss, professeur de clinique « du plus important hôpital de Stockholm », qu'est consacré l'article de Lasègue, paru en janvier 1853 et intitulé « Alcoolisme chronique ».

Brühl-Cramer (2) et Rœsch (3) se sont déjà occupés, dans leurs traités généraux, des violentes manifestations de l'ivresse, mais leur exposition des symptômes de l'intoxication alcoolique à marche lente et progressive est incomplète.

Huss « déjà connu dans le monde savant, autant qu'on peut l'être quand on écrit en Suédois » réunit toutes les qualités qui font du médecin un excellent observateur. De plus, il se trouve dans les conditions les plus favorables à une bonne observation, car « il n'est peut-être pas de pays où l'usage et l'abus de l'alcool soit porté à un plus haut degré qu'en Suède ».

Mais, pour apprécier l'abus, il importe de savoir dans quelles limites s'étend l'usage de l'alcool et d'être renseigné sur le régime alimentaire du Suédois.

---

(1) M. Huss, *Chronische alcoolisch Krankheit*, Stockholm, 1852.

(2) Bruhl-Cramer, *Sur la dipsomanie et son traitement rationnel* (Ueber die Trunksucht)...

(3) Roesch, *De l'abus des liqueurs spiritueuses* (Der Missbrauch...). Tubingen, 1836.

« Un ouvrier de Stockholm, parmi les plus rangés, se lève entre cinq et six heures ; il boit alors une tasse de café où il mêle un verre d'eau-de-vie (le verre contient de 2 à 3 onces) (1) ; il travaille jusqu'à huit heures, et boit un verre d'eau-de-vie après son déjeûner ; à midi, collation suivie d'un verre de même liqueur ; ainsi encore vers quatre heures, et le soir après son souper. C'est, en tout, une consommation quotidienne de cinq à six verres, qui s'augmente beaucoup pendant les loisirs des dimanches et des jours de fête. Si telle est l'existence d'un homme réputé sobre, les grands buveurs, et dans cette catégorie il faut ranger les membres d'un certain nombre de corporations ouvrières, ne consomment pas moins de douze à quinze et quelquefois vingt verres d'eau-de-vie (2). »

Lasègue insiste sur ces notions préliminaires parce qu'avant d'appliquer à d'autres contrées les observations et les conclusions du médecin suédois, il faut tenir grand compte de la diversité des habitudes des pays considérés.

Ces réserves une fois faites, l'auteur en arrive aux symptômes de l'alcoolisme chronique.

Hussa résume les phénomènes principaux dans une description-type et Lasègue reproduit ce tableau pathologique, en reprenant ensuite un par un les plus notables symptômes qui méritent d'être étudiés isolément.

« Un homme de 40 ans environ a, pendant les 10 ou 12 dernières années, mésusé de l'eau-de-vie, tantôt en poussant l'abus jusqu'à des enivrements répétés, tantôt en buvant chaque jour 6 à 8 verres sans tomber dans l'ivresse. Durant les 6 ou 8 premières années, la santé n'a ressenti aucune influence nuisible ; dans les quatre années qui viennent de s'écouler, elle s'est alté-

(1) Once = 30 gr. 59.

(2) *Etud. méd.*, II, p. 105 et suivantes.

rée peu à peu ou l'altération s'est manifestée expressément à la suite d'un accès de delirium tremens. Depuis lors, il a mené une vie encore plus irrégulière ; au lieu de continuer sa nourriture habituelle, il n'a pris d'aliments que comme une sorte d'amorce à l'eau-de-vie et n'a presque plus fait de repas réguliers. Le premier symptôme qui se soit déclaré, a été un tremblement des mains, surtout le matin ou dans le jour après une notable application ; en même temps, il remarquait que ses forces avaient diminué, et il essayait de se donner du nerf, suivant l'expression populaire, en employant de nouvelles doses d'eau-de-vie, à titre de réconfortant. Un peu plus tard, il éprouve une sensation passagère, comme si on passait rapidement une fleur sous ses yeux, le matin et le jour, après avoir attentivement fixé la vue sur quelque objet. La langue devient tremblante, il hésite en parlant, surtout le matin. Le sommeil est agité, troublé par des illusions et des rêves ; surtout, avant de s'endormir, il ressent des fourmillements sous la peau des mollets. Peu à peu, le fourmillement se prolonge pendant la journée ; il est plus ou moins intense et jette le malade dans une agitation toute spéciale, s'il persiste sans rémissions. Quelquefois, le fourmillement s'étend jusqu'aux lombes et gagne les bras, les mains, la colonne vertébrale. Le tremblement des mains et des bras fait des progrès ; les jambes vacillent quand le malade reste debout, qu'il commence à marcher ou qu'il est fatigué par une longue marche. Les muscles des extrémités perdent graduellement de leurs forces, les genoux ploient sous le corps ; s'il essaye de tenir quelque objet entre les doigts, il ne tarde pas à le laisser tomber. La débilité musculaire va croissant le rachis lui-même y participe bientôt ; de telle sorte qu'à la fin, la position couchée est la seule qu'il puisse garder. La sensibilité s'émousse d'abord au bout des doigts, plus tard dans les membres. Les orteils finissent par devenir complètement insensibles, et l'anesthésie atteint, en remontant, les parties supérieures où

elle est toujours moins marquée. Le malade est sujet à des vertiges plus ou moins fréquents : tantôt, il lui passe comme une ombre devant les yeux, il lui semble qu'il va choir sans faire de chute ; d'autres fois, il est obligé de prendre un point d'appui pour ne pas se laisser tomber. A cette période, surviennent les hallucinations, surtout le soir, en s'endormant ; leurs formes sont variées ; le plus souvent, il croit voir des hommes ou des bêtes autour de lui, il entend des voix et des bruits indistincts. Les pupilles sont dilatées et moins sensibles à la lumière qu'à l'état normal.

« La santé se rétablit presque entièrement sous l'influence de la médication et de l'abstinence des spiritueux, elle persiste tant que dure la tempérance ; mais, bientôt, de nouveaux excès provoquent de nouveaux accidents. La digestion est plus profondément troublée que la première fois : vomissements de pituite acide, dégoût des aliments, sensation de tension douloureuse à l'épigastre après le repas ; l'amaigrissement fait des progrès rapides, la peau est d'un gris terreux. Les fourmillements reparaissent avec la débilité et s'accompagnent de crampes et de secousses convulsives dans les membres inférieurs ; au dire du malade, les convulsions ressemblent à des secousses électriques, elles sont subites, plus ou moins durables, plus ou moins douloureuses, et attaquent, de préférence, les muscles du mollet et les fléchisseurs des jambes. Plus tard les convulsions tendent à se généraliser ; elles passent à l'épilepsie confirmée, dont les accès vont se rapprochant ; délire, hallucinations. La vue baisse, les contours des objets sont à peine distincts, la lecture est devenue impossible, les lettres se mêlent et se confondent.

« Le traitement améliore encore une fois la santé, mais les habitudes reprennent le dessus et déterminent une rechute. Alors, aux symptômes précédents, s'ajoutent des douleurs surtout nocturnes dans les jambes. Sont-elles modérées, le malade est forcé de se déplacer sans cesse ; sont-elles vives, il se plaint d'une sen-

sation de tiraillement, de coupure, de brûlure. Les forces s'amoindrissent, la peau est sèche comme du parchemin ; les extrémités inférieures s'œdématient, l'amaigrissement est extrême, et un délire calme précède la mort. » (1)

Un tel tableau suppose la réunion et la succession de symptômes qui se groupent de façons très diverses, prédominants ou à peine esquissés dans les observations particulières. Aussi, avec Huss qu'il suit de près, Lasègue étudie isolément les diverses localisations du processus pathologique.

Les troubles digestifs et leur cortège symptomatique (gastrite, vomiturition, vomissements de liquide filant, acides ou bilieux, sensation de pression et tiraillements épigastriques, irrégularités de l'appétit, souvent nul, coliques, flatuosités, constipation avec intermittences de « diarrhée colliquative », altérations hépatiques et ascite, etc., etc..) tout est minutieusement noté.

Les troubles sensitifs et sensoriels comprennent : *les fourmillements* de pieds et des mains, à peu près constants et pouvant dégénérer en douleurs lancinantes et même en véritable hyperesthésie cutanée (aux périodes initiales seulement, car les progrès du mal provoquent l'apparition d'une *anesthésie* qui s'installe bientôt définitivement) ; *les troubles visuels* (scintillations, mouches, objets à contours indécis, lumineux d'abord, puis noirs et opaques) ; *diminution des fonctions génératives* (érection nulle ou imparfaite, impuissance) ; *troubles auditifs* (modifications moins régulières et moins fréquentes).

Aux troubles de la motilité appartiennent, *le tremblement*, d'abord intermittent et limité aux mains, puis à peu près constant et s'étendant aux bras et aux jambes, à la langue et aux lèvres et y causant un bégaiement intermittent ou continu, léger ou si marqué que la prononciation devient impossible ; *l'asthénie*

(1) *Etudes médicales*, II, p. 107..

musculaire généralisée ; les *crampes* ; *les soubresauts tendineux*, toujours douloureux, et pouvant se muer en *attaques convulsives.*

Les troubles intellectuels, enfin, ont pour caractère commun, abstraction faite du délire aigu ou de la manie alcoolique, « la débilité intellectuelle ». A ce propos, Lasègue remarque que « le Dr Huss ne paraît pas avoir apporté à l'étude de l'état mental, provoqué par l'abus de l'alcool, la même exactitude que dans les autres parties de son observation. Il a voulu, manquant d'expérience dans ce genre d'examen, profiter de l'expérience des autres, et cette tentative imparfaite d'érudition n'est pas toujours satisfaisante ».

« En réalité, le trouble de l'intelligence provoqué par l'abus des spiritueux consiste dans un affaiblissement beaucoup mieux caractérisé par l'expression populaire *d'abrutissement* que par toutes les dénominations scientifiques. Le malade, tout en étant préservé d'un véritable délire, reste obtus sans devenir indifférent. Il a conscience de son infériorité, il se rend à peu près compte des choses qui l'entourent, il conserve des antipathies et des désirs ; mais en même temps, et cette particularité est caractéristique, il est tourmenté par des hallucinations. La nuit, il voit des objets qui l'effraient et surtout des animaux ; les *hallucinations de la vue*, d'une incontestable prédominance, n'excluent pas absolument celles de l'ouïe : il les éprouve comme les autres aliénés, mais il diffère d'eux en ce qu'il les juge le plus souvent, et les reconnaît pour de simples illusions (1). Joignez à cette hébétude tous les mauvais instincts qui peuvent accompagner l'idiotie ou l'imbécillité, supposez-les se développant sans le frein de la morale ou de la raison, vous aurez un tableau résumé, mais

(1) *Etudes médicales*, II, p. 112.

vrai, de l'état mental qui reconnaît l'intoxication chronique par l'alcool. » (1)

La thérapeutique de Huss, reposant sur les indications les plus simples, se compose de médicaments peu variés. Suppression de l'agent toxique, bon régime alimentaire, quelques toniques, purgatifs chauds sont les principaux moyens de ce traitement. Il convient de mentionner particulièrement « l'huile empyreumatique » (fermentoleum solani), à la dose de 5 à 10 centigrammes, 5 ou 6 fois par jour, et qui paraît avoir une action efficace sur les douleurs épigastriques et le pyrosis.

Lasègue termine, en déclarant que, placé dans des conditions moins propices que le médecin suédois, il a été, pourtant, appelé à voir un grand nombre d'individus soumis à l'influence de l'alcool, et qu'il a eu l'occasion de vérifier l'exactitude des descriptions du professeur de Stockholm.

En 1860, à propos d'un opuscule anti-alcoolique du professeur anglais Carpenter, qui remporta, en 1850, un prix de 100 guinées (2) fondé par un philanthrope anonyme, Lasègue, dans un court article sur « l'alcoolisme aigu » se refuse à envisager les côtés moraux de la question et « à rechercher si là, comme ailleurs, le mieux est l'ennemi du bien ». . . . .

« Le malheur des traités destinés à réfréner les passions populaires, c'est qu'ils n'arrivent pas à leur adresse, et que les gens convaincus, pour lesquels ils sont inutiles, sont seuls enclins à les lire. L'intimidation a toujours été, d'ailleurs, un médiocre procédé entre les mains des médecins, surtout quand elle s'est

(1) « L'illusion, dit Lasègue, est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. »

(2) Guinée, 26 fr. 48

produite sous forme de petits livres, et que, pour conduire les gens à une moralité plus élevée, on s'est borné à leur exposer la fâcheuse influence sur la santé des entraînements contraires à la morale. » (1)

A l'occasion des recherches expérimentales de Brodie, Percy, Hammond d'une part, de Jacobi, Ludger, Lallemand, Perrin et Deroy et de Marcet (2), enfin, d'autre part, il rapporte, sans les discuter, les conclusions de ce dernier :

« L'alcool est absorbé ; il porte son action sur les centres nerveux principalement, mais non pas exclusivement, par l'intermédiaire de la circulation.

« Il exerce sur les mêmes centres nerveux une influence peu considérable, mais positive, par l'intermédiaire des nerfs. »

« Tel est aujourd'hui, ajoute Lasègue, au point de vue expérimental et physiologique, l'état de la question ; mais, il faut bien reconnaître que pathologiquement nous en savons plus qu'on ne cherche à nous en apprendre. L'alcool, portant spécialement son action sur le cerveau, et manifestant ses premiers effets par des troubles de l'intelligence, qui persistent à toutes les périodes de l'intoxication, l'homme seul peut représenter les éléments d'une observation complète. Les vivisections ne sauraient jeter aucun jour sur ces désordres intellectuels ; elles fourniront des données utiles sur le mode d'absorption des doses extrêmes, sur les manifestations les plus graves de l'empoisonnement, mais les effets moins grossiers ne sont plus de leur domaine. »

Comme de quelque côté qu'on l'envisage, « la question de l'alcoolisme est une des plus hautes qu'on puisse concevoir », Lasègue termine son court article en rendant grâce à Peddie (1)

(1) *Etudes médicales*, II, p. 122 et suiv.

(2) Médecin de l'hôpital de Westminster à Londres (*Med. Times*, 1860).

(3) Peddie, *The pathology of delirium tremens and is treatment*, Edinburgh, 1854.

et à Laycock, d'Edimbourg, d'avoir protesté contre l'administration des stimulants alcooliques et l'usage immodéré de l'opium dans le traitement du delirium tremens.

« L'accès de délire alcoolique entraînant une absolue insomnie, le retour du sommeil est non pas une crise, mais la conséquence de la guérison. . . . . L'attaque durant, en moyenne, et *sans traitement*, de trois à quatre jours, cède spontanément dans la presque totalité des cas.

Entre l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique, ces deux états extrêmes, Lasègue eut le mérite de créer et d'intercaler une forme clinique intermédiaire, l'*alcoolisme subaigu* (*Archives*, novembre et décembre 1868 et juillet 1869).

Je vais reproduire textuellement les lignes qui constituent, en quelque sorte, la préface de sa monographie (1).

« L'intoxication alcoolique, la plus commune de toutes, et la plus fréquemment observée, admet non seulement des types, mais des nuances presque infinies. Toute théorie qui suppose l'alcoolisme comme une unité est forcément entachée d'erreur. Soit qu'on cherche à assurer le pronostic, soit qu'on veuille régler le traitement, les règles souffrent d'autant plus d'exceptions, qu'on a moins tenu compte des variétés, pour opérer sur une espèce artificiellement homogène...

« Un homme se livre à des excès de boisson : ces excès diffèrent ou par la nature des liquides fermentés ingérés, ou par ce qu'on pourrait appeler le mode d'administration, ou par les conditions intrinsèques et de tout ordre dans lesquelles se trouve l'individu en voie d'intoxication.

« Si on veut avoir une idée exacte de l'empoisonnement, il

(1) *Etudes médicales*, II, p. 137 et suiv.

importe de noter, et, surtout, de subordonner les éléments complexes qui s'agrègent et se combinent sous tant d'aspects, qu'on peut dire qu'un cas est rarement identique à un autre...

« *Mon désir, dans cette monographie, est de mettre en relief un des modes de l'alcoolisme, assez caractérisé pour qu'il soit possible au médecin d'en reconnaître l'existence à l'aide de signes précis...* »

« *L'intoxication alcoolique*, envisagée en elle-même, et en dehors des conditions accessoires, *peut se diviser, comme la plupart des maladies toxiques, en aiguë et chronique. C'est entre ces deux termes qu'il m'a paru conforme à l'observation, et par conséquent utile, d'insérer une espèce subaiguë.....*»

C'est « sur la population parisienne, et particulièrement sur les gens du peuple et les ouvriers, que porteront les remarques qui vont suivre. Les occasions que j'ai eues d'observer toutes les variétés de l'alcoolisme à Paris sont exceptionnellement nombreuses, et les exemples dont j'ai été le témoin se compteraient par milliers.,. L'intoxication alcoolique semble, depuis un certain nombre d'années, avoir pris à Paris des proportions croissantes (1)...

« Les ouvriers, les gens déclassés, qui après avoir connu une situation meilleure, sont déchus de leur position, les femmes pour un faible chiffre, peuvent être rangés, au point de vue du mode d'alcoolisation, en deux catégories : les uns s'adonnent à des excès de boissons presque journaliers, les autres subissent

(1) Et dans les mêmes proportions, les psychoses alcooliques.

« Au Congrès de 1889, je me suis appuyé sur ma statistique de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police pour montrer que la folie atteignait à Paris l'énorme proportion de 30 0/0 dans le total des cas d'aliénation mentale. Depuis, cette proportion n'a pas diminué, bien au contraire. » (P. Garnier, *La Folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale.* Paris, J.-B. Baillière, 1890.)

l'entraînement de débauches accidentelles et irrégulièrement intermittentes.

« Dans la première classe, se rangent les débitants de boisson, obligés de solliciter ou d'encourager les consommateurs qui ne consentiraient pas à des libations solitaires ; les ouvriers de certains corps d'état, qui, avant de commencer le travail en commun, ont l'habitude de se réunir pour une consommation collective.

« La seconde classe, beaucoup plus nombreuse, se compose de ceux qui exploitent ou qui provoquent les occasions, qui ajoutent l'attrait de la boisson à celui d'un repas, d'une compagnie ou d'une débauche quelconque. La plupart sont des gens encore jeunes ou qui n'ont pas dépassé la moitié de la vie.

« Une dernière espèce serait constituée par les oisifs, pour lesquels l'intoxication alcoolique est devenue un besoin quotidien et impérieux, et qui, pour prendre l'expression populaire, ne dégrisent pas. Ceux-là sont sujets à des accidents spéciaux, bien décrits dans les pays où l'ivrognerie affecte de préférence cette forme et sur lesquels je n'insiste pas, parce qu'ils représentent, chez nous, l'exception.

Dans la majorité des cas, c'est *le vin* qui intervient pour la plus large part dans les excès alcooliques ; l'eau-de-vie, quoi qu'on en ait pu dire, en choisissant pour types les dipsomanes invétérés, n'occupe qu'une place secondaire ; elle est l'appoint plutôt que l'élément essentiel de l'intoxication. Sous ce rapport, aucune autre capitale de l'Amérique ou de l'Europe ne peut être assimilée à la ville de Paris ; nulle part le vin ne figure au même degré dans la consommation des classes populaires. Malgré le prix élevé de cette boisson, presque tous les ouvriers en font usage, et, par suite, beaucoup passent par des transitions plus ou moins brusques, de l'usage à l'abus...

« La quantité de vin ingérée échappe à tout calcul, soit parce

que les malades, oublieux, n'en ont gardé qu'un souvenir confus et contestable, soit à cause de l'énorme inégalité de la tolérance. Ce qu'on peut dire, c'est que, pour l'alcool, comme pour tant d'autres substances toxiques, il n'y a pas d'accoutumance obligée, ou, si on me passe le mot, d'acclimatement.

« J'ai vu des marchands de vin, exerçant leur profession depuis de longues années, pris d'accidents toxiques aigus ou subaigus dont on pouvait les croire préservés. »

Après quelques autres considérations étiologiques sur l'aptitude native, constitutionnelle ou momentanée du sujet à subir l'ingestion toxique des boissons fermentées, Lasègue donne une définition du syndrome clinique nouveau et indique, en quelques lignes explicatives, les points qu'il a surtout en vue dans son étude.

« *J'appelle alcoolisme subaigu la forme apyrétique, exempte des grandes perturbations du système nerveux central, coma, fureur maniaque, etc., et des troubles de circulation locale ou générale qui accompagnent la fièvre alcoolique aiguë : d'une durée qui excède rarement deux septenaires et qui presque toujours est de moins d'une semaine ; caractérisée par un état délirant assez particulier, pour qu'à lui seul, il permette d'affirmer la nature de la maladie, par un tremblement également caractéristique, par l'insomnie et par des malaises digestifs plus ou moins accusés ; forme assez exactement définie, quoiqu'elle s'interpose entre l'acuité franche et la chronicité* (1), *pour autoriser un pronostic ;*

(1) Voici ce que disent E. Dupré et R. Charpentier, sur « les différences cliniques et évolutives qui séparent l'ivresse du délire alcoolique aigu ou subaigu » :

« Tandis que le délire alcoolique subaigu, complication accidentelle de l'alcoolisme chronique, déterminée par des influences les plus diverses (abstinence ou abus massif des boissons, infections, intoxications, traumatisme, etc.) est toujours précédé de troubles prodromiques, dure constamment plusieurs jours, et s'encadre des manifestations les plus évidentes de l'alcoolisme chro-

assez commune pour qu'elle réponde aux trois quarts des cas qu'il est donné d'observer...

« Comme il n'y a pas d'alcoolisme subaigu sans délire, sans tremblement, sans troubles du sommeil, j'étudierai successivement ces trois termes, avant d'indiquer les combinaisons auxquelles ils se prêtent, et la marche de la maladie » (2).

Calme, sans impulsions tumultueuses, le délire subaigu permet une analyse approfondie et Lasègue y procède avec sa minutie habituelle.

Le délire alcoolique subaigu « a pour premier caractère le besoin qu'éprouve tout malade de se figurer en mouvement les objets imaginaires avec lesquels sa fantaisie le met en contact. Les hallucinations reproduisent des points lumineux mouvants, des choses qui s'agitent et, qu'à l'occasion, l'aliéné suit de l'œil ou de la main dans leur déplacement. Les idées se rapportent à des actes fugaces, rapides qui se succèdent incessamment. La fixité est incompatible avec ses tendances délirantes. Il en résulte que les êtres vivants étant, plus que tous les autres, aptes à se mouvoir, l'alcoolique vivifie pour ainsi dire chacune de ses perceptions

---

nique (tremblement, troubles gastriques, redoublement nocturne des accidents, etc.), au contraire, l'ivresse, qu'elle soit motrice, sensorielle, ou psychique, et souvent indépendante de tout alcoolisme chronique, est toujours déterminée par une ingestion massive et récente de boissons toxiques, apparaît sans prodromes, ne dure que quelques heures et termine sa courte évolution en un sommeil lourd et prolongé qui juge la crise, et au réveil duquel le malade ne conserve aucun souvenir des faits de la période ébrieuse.

« Ces différences fondamentales entre les deux syndromes de l'ivresse et du délire alcoolique subaigu, s'atténuent, d'ailleurs, en une série de cas de transition, où se confondent, chez les buveurs d'habitude, les effets de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique. On observe ces syndromes mixtes principalement chez les déséquilibrés impulsifs qui, étant à la fois des buveurs d'habitude et des buveurs d'occasion, représentent des alcooliques chroniques doublés d'ivrognes intermittents ». — E. Dupré et R. Charpentier, *Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique*, Paris, Delarue, 1906.

(2) *Etudes médicales*, II, p. 142.

illusoires ou de ses conceptions, et qu'il les rattache à des hommes, à des femmes, à des enfants, à des animaux, en un mot à des êtres doués de la vie. Jamais on ne le voit absorbé, comme certains autres malades, dans la contemplation d'un objet, jamais il ne repose son attention sur un bruit monotone.

« Comme tout se meut autour de lui, lui-même s'associe à cette *instabilité*. Les impressions se multiplient sans arrêt, il les quitte, les reprend, et, bien que le cercle de ses préoccupations soit très restreint, il y dépense une activité singulière. On observe chez quelques maniaques la même turbulence d'esprit. Mais les notions s'accumulent confusément plutôt sous la forme d'interjection que de proposition vraie, tandis que les alcooliques énoncent des opinions et concluent, si absurdes que soient les conclusions. Je ne crois pas qu'il existe un délire où on constate plus visiblement la genèse involontaire des idées que dans ce travail intellectuel où chaque conception nettement formulée va, vient, revient, disparaît et semble s'exprimer sans la participation du malade...

« La plupart des actes nuisibles des aliénés n'ont avec leurs idées dominantes qu'un rapport plus que douteux, et c'est ce qui explique la difficulté que nous éprouvons à prévoir les dangers qu'entraîne chaque forme de folie, quand nous n'avons pas, pour nous guider, la notion du caractère individuel du malade.

« Les alcooliques, plus conséquents, agissent, dans un certain nombre de cas, conformément à leur délire. Leurs hallucinations ne les laissent pas uniquement contemplatifs : s'ils sont le jouet d'une vision, ils cherchent, à quelque degré, et dans la mesure de la liberté d'intelligence que permet toute folie, à la détourner ou à s'en préserver. *Tandis que le persécuté écoute les propos injurieux ou menaçants avec une attention passive, l'alcoolique discute avec les voix qui l'inquiètent* : il pose des questions, il s'obstine à des répliques, il interroge du regard et demande à être

renseigné. Ce caractère, puisé dans les intimités du procédé intellectuel, n'est pas sans importance. Il est surtout significatif pour les vieillards délirants qui offrent avec les alcooliques plus d'un point de ressemblance quant à la nature des idées exprimées, mais qui en diffèrent en ce qu'ils ne sont sollicités ni à s'enquérir ni à contrôler les faits imaginaires par lesquels ils sont momentanément obsédés.

« On a noté avec raison comme corollaires de cet acte intellectuel si difficile à exprimer, la tendance des alcooliques à se préparer à l'action, à rêver des voyages, des déplacements, des départs pour lesquels ils sont attendus, et, d'un autre côté, leur aptitude à suspendre, sous l'influence de leur interlocuteur, la perversion délirante où ils étaient entraînés pour répondre pertinemment à de courtes questions...

« Pour un médecin rompu à l'observation de ces malades, une seule énonciation délirante peut suffire à mettre sur la voie du diagnostic et à faciliter la recherche en la limitant.

« C'est à ce point de vue qu'il m'a paru nécessaire de reproduire des conversations ou des interrogatoires d'alcooliques, et de multiplier assez les exemples pour qu'ils fournissent aux lecteurs une sorte d'expérience improvisée.

« Ce mode de mise en scène n'a été qu'exceptionnellement employé par les auteurs qui ont traité, *ex professo*, du délire alcoolique, et cela pour deux raisons : l'une, qu'ils s'attachaient aux formes graves, l'autre qu'ils espéraient mieux renseigner en condensant les expressions symptomatiques de la maladie. Je me rappelle trop bien les difficultés que j'ai éprouvées au début de mes études sur l'alcoolisme et mes indécisions pour ne pas désirer épargner aux autres les mêmes incertitudes. » (1)

Lasègue nous fait alors passer devant les yeux des fragments

(1) *Etudes médicales*, II, p. 145.

d'observations, détachés et à dessein rapprochés. Les faits eux-mêmes, parlent plus et mieux qu'une description forcément confuse où « des caprices délirants qui échappent à tout essai de coordination » sont impossibles à classer et même à condenser.

« Je rapporte, ici, cinq des vingt-quatre exemples qu'a colligés le maître.

« D...,45 ans, marchand bimbelotier. Trois accès antérieurs, un par an. Epilepsie antécédente à attaques rares, datant de sept à huit ans, et qu'il attribue lui-même à ses excès. Il boit plusieurs litres de vin chaque jour et jamais d'eau-de-vie ; troubles gastriques anciens ; bonne alimentation ; aisance relative. L'accès actuel a débuté il y a deux jours. Ni fièvre, ni agitation à forme maniaque ; mouvements incessants.

« Il se passe de drôles de choses, que j'ai maintement des aiguilles et des petits poissons qui remuent entre cuir et chair et des plumes par là aussi (il se tâte le menton). J'en avais là un petit paquet, il y en a encore, j'en vois une là qui aura tombé de ma bouche.

« C'est M. G... qui m'en a mis par vengeance (il se secoue les doigts). Ils ont arrangé cela avec Denis pour m'envoyer au poste ; j'ai crié à la garde. On a fait un procès-verbal comme si c'était ma passion d'être une tante ; mais moi j'ai mon caractère d'homme. Il était minuit, j'ai crié ; il dit : Tu cries comme une tante ; ça fait qu'on m'a arrêté sans m'arrêter. Ils étaient 78 ensemble quand j'ai crié à la garde, d'un côté et de l'autre. Moi, je passais tout seul au milieu. Je n'avais pas envie de recevoir une ventrée. Il aurait été tout seul que je n'aurais pas parlé de la garde.

« D... va vers la fenêtre et s'écrie : tiens, le voilà là-bas, il est avec Chose. Ils me croient mort, parce que j'étais à la peine de mort. En sortant, il lève les jambes et cherche à se débarrasser avec les mains de fils qui le gênaient, dit-il, pour marcher. »

D...,marchand devins. Alcoolisme subaigu ; premier accès au deuxième jour du délire.

« Hier soir, il était onze heures et quart, il entre un individu qui demande une chopine. Je veux bien. Là-dessus, ils boivent et ma femme vient se coucher. Nous n'avons pas été sitôt au lit, il vient danser du monde autour de nous. Il y en avait un qui avait une casquette blanche ; deux en blouse, deux, dans le fond, qui dansaient ; ça me fiche un coup. J'allume une allumette. Personne ! Je me dis : j'ai le corps qui

me remue. Je me recouche. Quand j'avais soufflé la chandelle, en voilà un qui me remue devant la figure. Je rallume ; personne. Au travers du plancher, nous voyons du monde ; je cours, je ne vois rien, ils se sont sauvés.

« On nous éblouit d'une espèce de poudre de vif-argent. Nous nous recouchons : on en fait encore autant. Sa femme se mit à pleurer, je retire les draps et je mets l'édredon sur une table, je voyais mon portrait dans l'édredon. Je me suis habillé et je suis parti par la porte de derrière.

« Je vois deux individus qui se sauvent, je crie au voleur. Ils laissent un fil électrique ; je le prends, ça m'engourdit la main. Ils sautent par dessus une maison et disparaissent. Il y a un petit bonhomme en drap que ma fille accroche à la cheminée. Ça fait une figure d'homme qui respirait en faisant : hum, hum. Je saute, je lui bouche la figure ; mais rien.

« Je me recouche la tête sur l'oreiller. Entre le bras et la tête, il me passait du feu avec des boules qui me faisaient allonger les bras et les jambes. On n'en voyait rien, ça laissait des petites marques sur les jambes. Je l'ai montré au commissaire. On me disait : c'est le télégraphe. J'ai été au bureau. On m'a dit : Le télégraphe ne fait pas de ces choses-là. C'est des petites boules plus petites qu'un mouchoir, qui s'étendent, qui se tournent et qui vous enveloppent tout.

« C'était curieux tout de même de voir le monde qui regardait au travers du baldaquin du lit. Les rideaux étaient mis. Il y en avait un qui soufflait, l'autre avait une petite baguette, il nous touchait. J'ai voulu attrper la baguette, il levait la chemise de ma femme, je n'ai pas pu. Quand on courait après lui, il était déjà à 50 mètres. Si j'avais eu un pistolet dans ma poche, il était sûr de son affaire.

« Jamais je n'ai vu cela de ma vie. Il passait des étincelles d'électricité. On ne voyait plus rien. »

« C..., 45 ans, pastilleur, ne boit que du vin. Tremblement très prononcé. Trouvé couché, la nuit, au mois de juin, sur un trottoir, en bras de chemise et paraissant endormi. Il a quitté, dit-il, son logement parce qu'il a vu les voisins faire des amas de matières incendiaires pour le brûler. Il est, d'ailleurs, calme et assez raisonnable.

« Enfermé dans une cellule du dépôt, il écrit au surveillant la lettre suivante :

« Monsieur le surveillant en chef, j'ai passé une nuit blanche, remplie d'inquiétudes. Le compagnon que vous m'avez donné hier se dit las de cette existence et ne parle de rien moins que de mettre le feu à la paillasse. Avisez, il n'y a pas de temps à perdre. »

« V..., 32 ans, maçon, trouvé errant la nuit dans la rue. Il est sorti de son domicile au milieu de la nuit, ayant gardé la chambre quelques jours à cause d'une angine phlegmoneuse légère.

« V... indique son domicile et les faits réels qui viennent d'être rappelés. *Il s'accuse d'avoir des habitudes d'onanisme* et se plaint de ce que sa famille lui a fait mettre un membre viril en plomb, qui n'est pas solidement assujetti et le gêne.

« Cette assertion est presque la seule idée délirante qu'il exprime pendant 48 heures. Le troisième jour, un accès de fièvre survient, sans rechute de l'angine ; le malade s'excite, veut sortir, frappe à la porte, devient incohérent. On est forcé de le placer dans un asile dont il sort guéri 15 jours plus tard. »

« T..., 41 ans, couturière. *Arrêtée sur sa demande, disant être sans asile et avoir commis un vol chez la dame O..., sa propriétaire* ».

« Elle raconte, et le lendemain elle persiste dans son récit, qu'il y a 15 jours, elle a eu la faiblesse de prendre une couverture de laine et de la porter au Mont-de-Piété. J'ai reçu, ajoute-t-elle, 4 francs en échange : avec cette somme, j'ai acheté des vivres chez divers fournisseurs. Poussée par le remords, j'ai fini par glisser sous la porte de la propriétaire la reconnaisance d'engagement.

« La dame O..., interrogée, dit qu'il n'a rien été pris ni engagé, que la couverture est encore sur le lit et qu'elle n'a pas reçu de reconnaissance. La malade soutient sa déclaration. »

Ces deux observations, la dernière surtout, car dans la première l'idée est à peine ébauchée, sont des exemples nets de ce que Régis a appelé « l'auto-dénonciation » (1) et que E. Dupré a étudié sous le nom « d'auto-accusation » (2).

(1) E. Régis, *Précis de psychiatrie*. Paris, Doin, 1906, p. 923.

(2) E. Dupré, Les auto-accusateurs au point de vue médicol-légal. *Rapport au Congrès de Grenoble*, 1902.

Lasègue avait parfaitement remarqué l'extrême fréquence de l'étiologie alcoolique dans l'idée d'auto-accusation et il déclare, en propres termes, dans sa leçon sur « les manifestations cérébrales de l'alcoolisme : *Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a* 99 *chances sur* 100 *pour que ce soit un alcoolique.* On en arrête tous les ans, à Paris, plus de cinquante dans ces conditions » (1).

Les alcooliques auto-accusateurs se présentent sous les aspects cliniques les plus variés, suivant les conditions étiologiques qui ont présidé à l'éclosion de leur délire et selon l'évolution de ce délire. Chez les héréditaires, les « cérébraux » (2), les dégénérés, le moindre appoint alcoolique peut engendrer l'idée d'auto-accusation, et « celle-ci, qui s'efface dans l'intervalle des ingestions toxiques, peut même réapparaître à l'occasion de chaque excès..... Dans la grande majorité des cas, le délire d'auto-accusation d'origine alcoolique est transitoire. Lorsque le malade renonce à son idée délirante, ce n'est jamais subitement : le retour à la santé s'effectue assez lentement, par oscillations régulières, marquées par *des alternatives de lucidité semi-consciente et de conviction délirante* ; puis, les phases de délire, de plus en plus brèves, finissent par disparaître ..

« L'auto-accusation d'origine alcoolique , qui participe à la richesse et à la variété des modalités délirantes de l'alcoolisme, s'observe surtout dans deux des principales formes des psychoses alcooliques : *l'ivresse psychique ou délirante et le délire alcoolique subaigu* (3). »

Dans la seconde partie de son mémoire sur l'alcoolisme subaigu, Lasègue cite quatre cas de délire de persécutions compliqué de manifestations délirantes alcooliques. C'est pour lui l'occa

(1) *Etudes médicales*, II, p. 241.

(2) Nous verrons plus loin ce qu'on entend par ce terme créé par Lasègue.

(3) E. Dupré, *loc. cit.*

sion d'esquisser à nouveau le portrait pathologique du persécuté et de faire ressortir les analogies, mais surtout les différences qui séparent ce dernier de l'alcoolique.

Comme l'alcoolique, le persécuté entretient des « appréhensions prédominantes » ; comme lui, il est enclin au suicide ; mais « l'aliéné persécuté » est exempt de terreurs ; on peut même dire qu'il n'a pas de craintes », car « chacune des idées ou des imaginations qui le tourmentent est déjà passée à l'état de fait accompli. Les inquiétudes sont rétrospectives..... *C'est un condamné et non pas un prévenu* » (1). De plus, la persécution est avant tout subjective, rarement elle s'objective « au sens médical du mot » ; *les hallucinations de l'ouïe tiennent de beaucoup la première place* : « le sens de l'ouïe est, en effet, le plus actif de tous, sinon le seul actif, dans les combinaisons de sentiments intimes ». Enfin, non seulement le persécuté limite ses inquiétudes, mais « dans cette sphère, rien n'est mouvant. Le délire monotone tend à se stéréotyper ».

« Il suffit, dit Lasègue, de mettre ce tableau ou plutôt cette esquisse du délire de persécution en parallèle avec les fragments de récits et les dires des alcooliques que j'ai rapportés et presque sténographiés, pour saisir les différences qui séparent ces modes de perversions intellectuelles. »

Dans le cas où, au délire de persécution vient s'ajouter une intoxication alcoolique subaiguë, c'est en s'attachant à l'analyse des formes complexes qu'on pourra parvenir à dégager ce qui appartient à chacun des éléments combinés.

L'observation suivante suffit à montrer comment s'effectue la combinaison où sont entremêlés, mais reconnaissables, les caractères des deux espèces de délire.

« A..., ouvrier gantier, 49 ans, déjà traité il y a huit mois par un

(1) *Etudes médicales*, II, p. 169.

accès de delirium tremens. Depuis lors, il est resté inquiet, incapable d'un travail assidu. Habitudes avouées d'ivresse, léger tremblement limité aux membres supérieurs.

« Ce sont des criardes de femmes qui parlent contre moi et me font des ennemis. Elles me traitent de crapule et de filou parce que j'ai fait des dettes et ne les ai pas payées. Il y a eu des lettres qu'on a fait courir où tout cela était écrit. Elles m'en veulent parce que j'ai eu un dérangement d'une femme que j'aimais, mais je n'ai jamais eu affaire avec elle, parce qu'elle était mariée. Je suis bien malheureux et n'ai rien à me reprocher. On peut avoir sur moi des renseignements. J'ai payé sur la montre 125 francs sur 150. Pourquoi est-ce qu'on me méprise ? quelqu'un m'aura desservi, mais je ne sais pas qui.

« La nuit, j'entends beaucoup de choses ; ils viennent à la porte et ils parlent de m'assassiner, mais ils n'osent pas entrer. Je les ai vus une fois, mais je n'ai rien dit. Si je redescendais l'escalier, je serais frappé de trente-six coups de poignard. Ils m'attendent avec des couteaux, et c'est leur idée. »

« Le malade alterne ainsi. Tantôt se référant à une persécution sur laquelle il donne des détails plus circonstanciés que la plupart des persécutés ne sont aptes à en fournir, il raconte que les femmes se relaient pour le poursuivre, qu'elles ont, à diverses reprises, *tenté de l'empoisonner dans sa boisson*, il énumère les sensations intérieures qu'il a éprouvées et demande qu'on mette un terme aux propos fâcheux qu'on tient sur son compte.

« Tantôt il se dit perdu, condamné à mort, destiné à périr misérablement.

« Ici le délire alcoolique est visiblement prédominant, il s'exprime sous ses formes habituelles, il met en scène *les appréhensions mobiles*, qui lui sont propres, mais on retrouve, en même temps, *les conceptions plus fixes et mieux systématisées*, les hallucinations auditives, les partis pris du délire de persécutions (1).

Nombreux sont les cas où la proportion varie par gradations presque insensibles, et Lasègue relate un fait dans lequel le délire de persécution, très caractérisé, s'est prolongé pendant plus de

(1) *Etudes médicales*, II, p. 172.

six mois, compliqué pendant les huit premiers jours de ce qu'on pourrait appeler une pointe d'alcoolisme ».

Dans la troisième partie de sa monographie, l'auteur passe en revue les faits où le malade est, à la fois, sous le coup de l'alcoolisme et de l'épilepsie.

« En dehors des phénomènes convulsifs de l'attaque proprement dite, et en ne tenant compte que des perversions mentales, ces deux formes de maladies ont, entre elles, des analogies frappantes. Toutes deux, en effet, entraînent des hallucinations de la vue, des conceptions saisissantes et mobiles, et surtout elles concluent à des actes en rapport avec le délire. Il faudrait, pour montrer leur similitude et leurs divergences, retracer les caractères du délire épileptique, si bien analysés par les Drs Morel et Jules Falret ; mais cet exposé se prête peu à peu à un résumé sommaire. »

Dans deux observations qui font suite à ces réflexions, Lasègue met en relief quelques-unes des données les plus significatives. Il fait remarquer que dans le délire mixte, le délire habituel de l'alcoolisme subaigu s'accompagne des *impulsions subites*, des *violences implacables et instinctives* du « délire épileptique ». Un alcoolique subaigu ne se livre pas à des actes aussi soudains et aussi dangereux que l'épileptique.

Dans la quatrième et dernière partie de son mémoire, Lasègue, après avoir exposé, dans les trois premières parties, les caractères du délire et les complications de l'alcoolisme subaigu, montre comment les malades passent des conceptions délirantes à l'acte et signale brièvement les principaux accidents nerveux et l'évolution de la maladie.

« Si on veut bien se rappeler l'état mental des alcooliques subaigus, la facilité avec laquelle ils réussissent, sous l'influence d'une pression toute morale, à suspendre le délire, la vivacité qu'ils apportent à reprendre leurs conceptions momentanément

interrompue, on comprendra qu'ils soient aptes à passer de l'idée à sa réalisation.....

« Repousser du pied le fil qui vous barre le chemin, poursuivre les insectes qui voltigent devant vos yeux, se lever pour aviser à intimider les voleurs, dénoncer à la police les malfaisances imaginaires qu'on subit, ce sont autant d'actes exempts de dangers, mais qui n'en représentent pas moins des agissements en rapport avec le trouble intellectuel.....

« Le meurtre suppose un degré d'excitation presque incompatible avec le peu d'acuité de la maladie, à moins qu'il n'ait été provoqué par le concours de circonstances exceptionnelles.

« Le vol, l'escroquerie, n'appartient pas à un mode délirant où le malade n'a ni appétit, ni désirs, ni jouissances à satisfaire. Jamais on ne rencontre un alcoolique subaigu qui se complaise dans l'attente d'un événement heureux ; l'instinct de boire a lui-même disparu ou, s'il subsiste, c'est en vertu d'un besoin d'habitude, que n'excite ou n'excuse aucun contentement apparent. *Reste, en première ligne, le suicide.* . . . . .

Parmi les malades, les uns, plus timorés, finissent par demander secours à la police, après avoir médité un suicide qu'ils n'ont pas la force d'accomplir ; d'autres s'arrêtent à un commencement d'exécution ; d'autres réussissent dans leur projet, emportant avec eux le secret de leur maladie et grossissant ainsi la liste des suicidés sur lesquels on disserte à loisir.

« D'autres enfin, après avoir oscillé entre le suicide et l'assassinat, se résolvent pour l'un ou l'autre, au hasard des événements ou surtout en suivant la pente de leurs tendances maladives. » (1)

Suivent 8 observations justificatives. Leur lecture permet de voir que la tendance au suicide est l'aboutissant le plus habituel des préoccupations de l'alcoolique subaigu. Survenant subite-

(1) *Etudes médicales*, II, p. 185.

ment, inattendue, *impossible à prévoir*, « elle est le complément ou le dernier terme de craintes où l'idée d'une mort violente occupe la place dominante ».

L'action suit souvent la résolution, en apparence, elle-même, instantanée. D'autres fois, le malade hésite, abandonne son projet, pour revenir à de moins sombres préoccupations. Mais une nouvelle dose de toxique peut suffire à redoubler l'excitabilité délirante et à raviver un courage qui s'évanouit. « C'est ainsi qu'on voit des alcoolisés ayant, eux-mêmes, conscience de l'appoint de décision qui leur manque, s'efforcer de le ressaisir par des libations répétées. Chaque cabaret représente alors une étape dans la marche vers le suicide, et ajoute un degré de plus à l'intoxication. »

Les modes de suicide les plus habituels sont ceux qui excluent une lente préméditation : la noyade, la pendaison, la strangulation, la précipitation d'un lieu élevé, l'usage d'instruments tranchants. Jamais de « ces écrits emphatiques », de « ces dissertations vaniteuses » où se complaisent « tant d'autres suicidants ».

Le délire alcoolique subaigu n'entraîne qu'exceptionnellement des violences graves contre les personnes, « à l'inverse du délire aigu qui, sous ce rapport, ne le cède qu'à l'épilepsie. Les malades sont trop occupés à poursuivre leurs chimères ou à se détourner des chimères qui les poursuivent ».

Les accidents nerveux déterminés par l'intoxication alcoolique subaiguë peuvent se résumer sous les trois chefs suivants : troubles du sommeil, tremblement, troubles digestifs.

« Tout homme qui s'est livré à un excès de boisson et qui reste privé de sommeil indique, par ce seul fait, qu'il est entré dans une catégorie d'alcoolisme qui confine au délire. S'il s'abstient de nouveaux excès, il peut échapper aux perversions intellectuelles ; s'il continue, il est rare qu'il n'en subisse pas les conséquences...

« L'*insomnie*, dans les premières journées, n'est cependant pas absolue. Le malade s'agite, se réveille par intervalles ; il appelle, parle avec des interlocuteurs imaginaires ; il répète les propos habituels de sa profession, donnant des ordres à ses camarades, guidant ses chevaux, demandant qu'on l'aide dans sa besogne. Ces exclamations caractéristiques ont été notées par tous les observateurs.

« En réalité, l'état de l'alcoolique, pendant la nuit, est intermédiaire entre la veille et le sommeil, et il est de ceux dont on peut dire, au meilleur titre, qu'il s'agit d'*un sommeil éveillé*. Les hallucinations sont alors plus confuses, presque exclusivement visuelles ; tout au moins, les hallucinations de l'ouïe n'interviennent-elles qu'accessoirement : le malade suit son idée avec d'autant moins de persévérance qu'il a moins de présence d'esprit ; tel qui était presque violent la nuit, redevient calme avec le jour.

« Il reste de *ces rêveries* des réminiscences plus persistantes qu'on n'inclinerait à le croire.

« La plupart des malades racontent leurs anxiétés nocturnes avec détails circonstanciés et sans variantes. Ils ont perdu la conscience de la distance qui, pour un homme sain, sépare le *rêve* des idées les moins raisonnables conçues pendant la veille..

« Le premier indice de la guérison, et à lui seul il suffit pour permettre d'affirmer que la crise est passée, c'est le retour du sommeil (1). Aussi, parallèlement à la loi qui veut que tout alcoolique délirant débute par des troubles marqués du sommeil, est-on autorisé à déclarer que la réapparition d'un sommeil régulier garantit la clôture de l'accès. » (2)

---

(1) *Etud. méd.*, II, p. 198.

(2) « C'est le repos du dormeur qui dissipe le cauchemar de l'homme éveillé » (E. Dupré, *Les auto-accusateurs*, etc.).

Le tremblement qui a l'avantage médical d'une constatation plus facile n'est pas un phénomène moins constant que l'insomnie. Quand on a quelque raison de soupçonner l'intoxication alcoolique, le premier soin du médecin doit être de faire étendre les mains du malade. Si elles sont agitées d'une « trépidation à intermissions très courtes », ce tremblement, aux caractères distinctifs et pathognomoniques duquel on aurait tort de se fier, « justifie une présomption que d'autres signes doivent élever à un échelon supérieur de certitude ».

Outre ce tremblement. il faut noter les mouvements spasmodiques des membres, l'incoordination motrice surtout manifeste aux membres supérieurs. Quant aux contractions spasmodiques de la face et de la langue, elles sont exceptionnelles, mais il importe de ne pas oublier qu'elles sont possibles et ne point se hâter, en constatant les symptômes ? à l'existence d'une paralysie générale.

On possède, sur les troubles digestifs, des renseignements si exacts, que Lasègue se contente de les mentionner, pour achever sa monographie, par quelques remarques sur la marche de l'alcoolisme subaigu.

« Les accidents délirants ou subdélirants ne se prolongent guère au-delà de 2 à 4 jours. Passé cette période de temps, ils se dissipent brusquement, sans transition et plus ordinairement à la suite de quelques heures de sommeil. L'obtusion intellectuelle qui succède au délire, est elle-même d'assez courte durée et encore semble-t-elle plutôt sous la dépendance d'un malaise général qui se prolonge que provoquée par la secousse morale que le malade vient de subir. Il est bien entendu qu'exception doit être faite des cas où les crises se succèdent à intervalles rapprochés et de ceux où elles surviennent dans le cours d'un alcoolisme chronique.

« Le tremblement persiste davantage. Je ne l'ai pas vu céder, dans les conditions habituelles, avant deux ou trois semaines. Le

sommeil, une fois rétabli, n'a plus ni troubles ni suspensions. Les fonctions digestives reprennent plus ou moins rapidement leur régularité.

En ce qui concerne le traitement, l'affection est si transitoire qu'elle n'en réclame aucun. « Le mieux, en effet, est de s'abstenir et de s'en tenir aux seules prescriptions hygiéniques. » (1)

Un point important que Lasègue n'avait fait qu'effleurer dans l'étude détaillée que je viens d'analyser, celui des rapports du délire alcoolique et du rêve, est l'objet de l'article, à dessein, intitulé : *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve* (2) (*Archives*, novembre 1881).

Une proposition, aussi nettement formulée « n'exige pas d'éclaircissements » ; en revanche « elle réclame une démonstration » à laquelle sont consacrées 22 pages.

« Pour établir une comparaison entre un délire et un rêve, il faut déterminer, et ce n'est pas chose facile, la valeur de chacun des deux termes. Il m'a paru préférable de commencer par le rêve, en limitant strictement son étude aux côtés par lesquels *il est en rapport non seulement d'analogie, mais d'identité, avec le délire alcoolique.* »

Le rêve, état « mi-physiologique et mi-pathologique » a préoccupé, pendant longtemps, les philosophes et les aliénistes, mais a fourni matière à dissertations plutôt qu'à des recherches. Quoique « les conditions de l'observation y soient complexes et confuses, Lasègue croit, en précisant et en limitant le problème, pouvoir en dégager un certain nombre de données essentielles.

« Comme le sommeil lui-même, le rêve se concentre dans le domaine presque exclusif des sensations visuelles...

(1) *Etud. med.*, II, p. 201.

(2) « Ce titre qui semblera quelque peu paradoxal, a été choisi, à dessein pour appeler l'attention sur le point où je désire qu'elle se fixe » (Lasègue, *Etud. méd.*, II, p. 203).

« *Les hallucinations visuelles* y sont constantes ; elles existent seules, et si, par intervalles, d'autres états semi-hallucinatoires surviennent, c'est à titre épisodique, sans jamais constituer la trame du rêve.

« Exemple : C... rêve — c'est une donnée fréquente — qu'il assiste à un incendie ; il voit sortir le feu par les fenêtres, l'eau dont les jets miroitent, les casques des pompiers, etc... et prend part active avec les gens venus du dehors. Je défie qu'il déclare avoir ressenti la chaleur du feu et avoir entendu les cris des victimes. Le rêve a été terrible et *muet*... »

Comme pour toutes les hallucinations de la vue, l'ouïe se désintéresse...

Ainsi, en rêve, « le dormeur parcourt un pays étranger, entre dans une auberge, s'asseoit à la table, distingue exactement les moindres accessoires. Jamais il n'entendra parler une langue étrangère autour de lui, et, s'il parle lui-même, il usera de sa langue maternelle.

« La situation n'est pas sans analogie avec celle d'un spectateur au théâtre qui accepte qu'on parle français en Chine, mais qui n'admettrait, à aucun prix, que la scène chinoise ne passât dans un appartement parisien. »

Le rêve vit exclusivement d'images. ..

« La durée de chaque vision est courte ; les images se succèdent sans transition, comme dans les lanternes magiques. De là, la mobilité des tableaux, et parallèlement, la mobilité supposée du spectateur....

Mais « le rêveur est plus qu'un spectateur » : il n'assiste pas, il est acteur. Le moi joue dans ses histoires un rôle prépondérant. Qu'il s'agisse d'incidents graves, de drames, de terrifiantes aventures, toujours on le voit partie prenante. Ce qu'il sait le mieux

(1) *Etud. médic.*, II, p. 207.

de son rêve, c'est la part active qu'il a prise à toutes choses.

« Enfin, le raisonnement s'éteint au fur et à mesure que l'imagination s'allume...

« La critique est absolument bannie du domaine intellectuel du rêveur, et, sous ce rapport, il dépasse l'aliéné, hésitant et reculant d'instinct devant certaines énormités. »

Cette esquisse des quelques principaux traits du rêve étant donnée, Lasègue en arrive à l'exposé du délire alcoolique.

Première caractéristique : « Le rêve de l'alcoolique est identique à son délire éveillé » et cela, « sous des réserves très réduites »...

« Aucun délire alcoolique, l'ivresse exceptée, qui a ses symptômes, son évolution, sa pathologie à elle, n'éclate brusquement. *Tous sont préparés par des rêveries* de durée variable, à ce point qu'il est commandé, pour l'observateur, de décomposer toute crise de *delirium tremens* en trois temps : 1° période de délire exclusivement nocturne ; 2° délire diurne et, même à ce stade, prédominant encore la nuit ; 3° convalescence.....

« Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition.....

Ces premiers points établis, il convient de remarquer l'identité de manifestation des divagations, « c'est-à-dire que le délire continue les idées écloses pendant le rêve ». Lasègue cite alors, à l'appui des assertions, neuf observations ou « récits fragmentés ».

En voici une des plus probantes :

« G..., distillateur, 30 ans, marié depuis 6 mois ; sa femme est blanchisseuse, jeune et intelligente. Elle me rapporte qu'après leur mariage, G... avait été fort tranquille, que depuis 2 mois, il avait repris d'anciennes habitudes de boisson et elle ajoute avec résignation : « C'est le métier qui le veut. »

« Depuis une semaine, les nuits sont inquiètes ; depuis quatre jours,

elles sont agitées. Elle entend des propos entrecoupés comme les suivants : « Allons donc, pas si vite ; vous allez de côté ; le fût ne tient pas en place ; voyons, je vais vous aider », etc...

« Préoccupations professionnelles familières à certains alcooliques, sans frayeurs. Le matin, ou réveillé pendant la nuit, il disait : « C'est idiot ; je suis ailleurs que chez moi, je vois comme gerber des pièces ; mais ce n'est pas net, on dirait qu'il y a un fossé de chaque côté de mon lit. »

« Le 5 décembre, il se lève, part pour son travail à la distillerie ; il est si troublé qu'on a peur et qu'on demande son placement.

« Examiné le lendemain matin, G... me dit : « On venait, on allait, on fermait les portes, on mettait des hommes à chaque porte pour les garder et m'empêcher d'entrer, j'ai voulu passer par la fenêtre, je n'y suis pas parvenu ; j'ai voulu casser les carreaux, je ne l'ai pas pu ; il était 7 heures du matin (en décembre), je me méfiais ; j'ai vu ma femme : elle était de l'autre côté de la distillerie ; à un moment donné on me voit venir ; elle se cache au fond des magasins. Ils y ont passé tous les huit, sans qu'elle se dérange du tout. » (1)

« Cette observation, remarque Lasègue, n'a pas, je crois, besoin de commentaires ; sauf l'hallucination visuelle qui lui montre sa femme dans les ombres de l'usine, rêve et délire se meuvent dans le même cercle étroit depuis le début. »

Une fois admises la continuité du rêve et du délire et leur identité quant aux principales conceptions délirantes, il convient de noter les rapports qu'entretient le délire alcoolique, même à l'état de veille, avec le rêve considéré en dehors de tout appoint alcoolique.

L'alcoolique, surtout halluciné visuel (2), pour ne pas dire exclusivement, est « à l'égal de tout rêveur, en mouvement incessant, physique et moral pendant la crise ».

Comme chez le rêveur, « ses récits sont longs, mais composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des faits et pas de ré-

(1) « Visionnaire », disait Esquirol.
(2) *Etud. méd.*, II, p. 212.

flexion, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe se passe, et voilà tout ; pas même une récrimination, une menace contre les persécuteurs dans les formes où cependant l'idée de la persécution domine. Il les a réduits à rien, dénoncés, fait condamner à des peines qu'il spécifie ; il les a jetés à l'eau, assassinés à coups de revolver : autant de faits accomplis qui n'impliquent même pas la notion du lendemain ».

De plus, le délire comme le rêve (et c'est un caractère « très saisissant » auquel les observateurs n'ont peut-être pas assez attaché d'importance), *peut se suspendre* momentanément sous l'influence de « secousses imprimées aux dormeurs et accompagnées d'objurgations excitantes. « C'est un spectacle instructif à ce point de vue expérimental que de voir un agent de police mettre un ivrogne sur ses pieds. Celui-ci s'émeut à la vue de l'uniforme, il répond au questionnaire, fournit sur son identité les renseignements requis, et retombe. »

Ainsi se termine le travail de Lasègue qui n'a pas voulu y soutenir une thèse, mais ajouter un chapitre à l'histoire encore si imparfaite des sommeils « pathologiques (1) ».

Quelques leçons « recueillies et rédigées par M. de Brun, interne du service », en 1880 (2), sont le résumé oral des écrits de Lasègue sur l'alcoolisme. Le maître y fait une description rapide du « delirium tremens » et proteste, encore une fois, contre la thérapeutique intempestive des partisans de l'opium ou de l'alcool à outrance. Il cite, avec humeur, l'exemple d'un Allemand « qui a proposé de gorger, de saturer d'alcool les alcooliques. On met de l'alcool dans leurs aliments, dans leur vête-

(1) Le délire de rêve ou *délire onirique* est, depuis les travaux de Régis, considéré comme le délire caractéristique des infections et des intoxications. E. Régis, Le délire onirique des intoxications et des infections. *Acad. de Méd.*, 7 mai 1901 et *Congrès de Limoges*, août 1901.

(2) *Etudes médicales*, II, 228 : « Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme ».

ments, dans leur lit, et on parvient ainsi à leur inspirer une répugnance salutaire et un dégoût invincible de l'alcool !! Seulement, il y a un inconvénient, c'est qu'il devient impossible de leur faire avaler la moindre nourriture ; et comme trois ou quatre malheureux, traités de la sorte, sont morts, on a renoncé au procédé ».

Depuis Lasègue, les travaux sur l'alcoolisme se sont multipliés. Ceux de Magnan sur l'absinthisme et la symptomatologie du delirium tremens (1), de Motet, de Korsakoff sur la psychose polynévritique (fréquemment d'origine alcoolique), ceux de Westphal sur l'épilepsie des buveurs sont les plus importants.

Aujourd'hui, remarque G. Ballet (2),« on semble particulièrement préoccupé de déterminer le rôle qui revient dans leur genèse à chacun des divers éléments (essences, alcools supérieurs, alcaloïdes) qui entrent dans la composition des boissons dites alcooliques. « Les travaux de Cadéac et Meunier, de Laborde, de Joffroy ont été dirigés dans ce sens.

Il n'en reste pas moins acquis que toutes ces recherches, si elles ont complété et développé les belles études cliniques de Lasègue, n'ont absolument rien retranché aux tableaux achevés qu'il nous a laissés. « L'observateur sincère et qui voit juste a

(1) Magnan, distingue (*De l'alcoolisme. Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Paris, Delahaye, 1874) :

1° L'ivresse.

2° Le délire alcoolique simple :

a) Accidents intellectuels musculaires et digestifs disparaissent au bout de quelques jours.

b) Accidents intellectuels musculaires et digestifs durent 2 ou 3 mois.

c) — — persistent plus longtemps (forme plus rare).

3° Le delirium tremens.

4° L'alcoolisme chronique.

Le délire alcoolique simple peut revêtir trois formes distinctes : *a*) la forme maniaque ; *b*) la forme mélancolique ; *c*) la forme stupide.

(2) G. Ballet, *Traité de pathologie mentale*, Paris, Doin, 1903.

ce privilège, que le temps agrandit ou transforme ses déductions, mais n'en atteint pas la substance (1).

Un des derniers chefs-d'œuvre de Lasègue, qui clôt la série de ses études sur l'alcoolisme, est son tableau comparatif « de la dipsomanie et de l'alcoolisme » (septembre 1882).

C'est en 1817 que la « fureur de boire », *furor bibendi*, fut décrite, pour la première fois, par l'Italien Salvatori, médecin pratiquant à Moscou.

Deux ans après, en 1819, l'Allemand Brühl-Cramer, pratiquant aussi à Moscou, fait de sa « Trunksucht » une maladie nouvelle.

Stœfer, en 1824, crée le nom d'œnomanie, à la vérité, trop peu compréhensif.

Esquirol (2) range la dipsomanie (mot créé par Hufeland) dans la grande classe des monomanies et l'appelle « monomanie d'ivresse ».

« Les malades, atteints de cette monomanie, cèdent à un entraînement auquel ils n'ont pas le pouvoir de résister ; cet entraînement est d'autant plus impérieux qu'il a dégénéré en habitude. Les motifs les plus puissants, les résolutions les plus fortes, les promesses les plus solennelles, la honte et le danger auxquels ils s'exposent, les douleurs physiques qui les attendent, les châtiments dont ils sont menacés, s'ils ne se corrigent point, les prières, les supplications de l'amitié, la tendresse des pères, des mères, des enfants, rien ne peut détourner ces malheureux de ce déplorable penchant. » (3)

Macé (4), Dagonet adoptent la classification d'Esquirol.

Morel (5) considère la dipsomanie comme une des formes de la folie héréditaire.

(1) Lasègue, Graves et Bretonneau, in *Etudes médicales*, I, p. 110.
(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, 2 vol. Paris, J.-B. Baillière, 1838.
(3) *Ibid.*
(4) Macé, *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, J.-B. Baillière, 1862.
(5) Morel, *Traité des dégénérescences physiq. intellect. et morales de l'espèce*

Krafft Ebing et Ritti en font une « folie périodique », Foville et Ball un délire partiel.

Magnan (1) et son élève P. Garnier, s'en référant en partie à Morel, regardent la dipsomanie, « alcoolisation impulsive et paroxystique », comme appartenant bien moins à l'histoire des intoxications alcooliques qu'à celle des *syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale* (2).

Pitres et Régis (3) se rangent à l'avis de Magnan, dont ils résument la description. Ils font remarquer que l'impulsion à boire peut être la manifestation épisodique d'un grand nombre d'états psychopathiques, et en particulier de l'hystérie, de l'épilepsie, de la mélancolie, de la manie aiguë, de l'excitation maniaque de la folie intermittente, de la phase prodromique de la paralysie générale. Ils ajoutent que l'entraînement irrésistible pour l'alcool existe également pour les poisons artificiels et qu'il y a des dipsomanies morphinique (morphinomanie), éthérique (éthéromanie), cocaïnique (cocaïnomanie), chloralique (chloralomanie), etc., etc...

Ce court chapitre historique n'a d'autre but que celui d'établir la priorité du travail comparatif de Lasègue sur la dipsomanie et l'alcoolisme. On s'était occupé, bien avant lui, nous l'avons vu, de la dipsomanie en tant que syndrome morbide distinct, mais personne (4) n'avait méthodiquement étudié les rapports de cette impulsion et de l'alcoolisme (5).

humaine. Paris, J.-B. Baillière, 1857 et *Traité des maladies mentales*. Paris. V. Masson, 1860.

(1) Magnan, *Leçons cliniques sur la dipsomanie*. Paris, 1886.

(2) P. Garnier, *La folie à Paris*, 1890.

(3) Pitres et Régis, *Les obsessions et les impulsions*. Paris, Doin, 1902.

(4) Sauf, pourtant, Trélat qui a écrit : « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. » Trélat, *La Folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*. Paris. Delahaye, 1861.

(5) La description de Magnan est de 1886 (postérieure donc de 5 ans à l'article de Lasègue).

« Bien qu'elles se rencontrent sur le terrain commun de l'abus de l'alcool », les deux formes définies d'intoxication alcoolique, « n'ont pas d'autre point d'analogie ».

« Indépendantes, étrangères l'une à l'autre, elles contrastent par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes et leur terminaison.

« La disparité est telle qu'aucun dipsomane ne devient alcoolique et aucun alcoolique dipsomane, à n'importe quelle période des deux maladies... » (1)

Ceci dit, Lasègue examine le dipsomane au triple point de vue de ses prédispositions, de son procédé d'intoxication et des conséquences qu'il entraîne.

« Presque toujours, c'est à la suite d'un ébranlement de santé que se déclare la disposition maladive... Les qualités de l'esprit, l'activité de l'intelligence, le sens de la conduite ne sont pas plus

---

(1) Cette assertion, plus paradoxale dans la forme qu'au fond, a été l'objet de nombreuses critiques et la distinction absolue qu'établit Lasègue n'est pas admise par tous les auteurs. Foville et Magnan ont noté, chez le dipsomane, comme chez l'alcoolique, la présence d'hallucinations visuelles. Linas déclare que « la dipsomanie et l'alcoolisme ont entre eux les rapports les plus étroits ; l'un, en effet, conduit à l'autre, et les dipsomanes deviennent fatalement alcoolisants lorsque leurs accès sont fréquents ou de longue durée ».

Ball, comme les auteurs anglais, admet une dipsomanie consécutive à l'alcoolisme. Magnan affirme qu'à la longue, les dipsomanes peuvent présenter tous les accidents de l'alcoolisme, même chronique.

« En résumé, conclut F.-L. Arnaud dans son article du *Traité de pathologie mentale* de Ballet, la dipsomanie n'a pas avec l'alcoolisme les rapports aussi étroits que l'ont dit certains auteurs ; l'une et l'autre procèdent d'états psychiques différents et se distinguent encore par leur marche et leur terminaison. Mais s'il est vrai de dire que l'alcoolisme ne conduit pas à la dipsomanie, état mental particulier et complexe, on ne peut nier qu'à la longue le dipsomane puisse présenter quelques-uns des symptômes de l'intoxication alcoolique. Des faits nombreux établissent, contrairement à l'affirmation évidemment exagérée de Lasègue, que l'immunité de ces sujets à l'égard de l'intoxication par l'alcool n'a rien d'absolu » (F.-L. Arnaud, in *Traité de pathologie mentale* de Ballet).

une sauvegarde contre la dipsomanie que contre les congestions cérébrales. Seulement, du jour où, de sobre, l'homme est devenu dipsomane, il s'était opéré en lui, au préalable, une transformation inaperçue...

« La dipsomanie est plus qu'une rareté à l'hôpital, où les faits d'alcoolisme surabondent. Chargé depuis un très long temps du premier examen des aliénés placés d'office dans le département de la Seine et appartenant presque exclusivement aux classes pauvres, je n'ai rencontré que peu de dipsomanes. Et encore étaient-ce des déclassés ayant reçu de l'instruction, subi des examens et joui d'une fortune dissipée ou compromise. La dipsomanie rentre, à ce titre, dans la catégorie de la goutte, du diabète, etc...

« Après un départ insidieux que découvre laborieusement une enquête rétrospective, l'incubation de la dipsomanie exige du temps avant que la première crise solennelle éclose. »

Lasègue, qui a vu beaucoup de dipsomanes, les uns représentant « une clientèle de passage », les autres qu'il a suivis de près pendant des années, rapporte alors quatre observations qui le dispensent d'une description générale. Je citerai la première, bien que les quatre soient indispensables à connaître pour étudier la variété des faits et en apprécier les analogies ou en noter les différences.

« X... est mort, il y a peu d'années, à l'âge de 65 ans. C'était un homme intelligent, d'aspect robuste, ayant supporté, on pourrait même dire recherché les fatigues, qui ne lui pesaient pas. Ses commencements avaient été pénibles ; parti de bas, il avait accompli la tâche courageuse de s'assurer une instruction classique complète et tardive. La position dont il jouissait n'était pas venue le chercher, et on peut dire qu'il l'avait conquise.

« Tout avait été au mieux dans sa vie, marié, père de famille, heureux de son aisance, quand éclata tout à coup un trouble grave de santé.

« Un matin, six ans avant sa mort, il fut pris soudainement d'une

défaillance de courte durée, semi-comateuse, avec collapsus, perte de connaissance. La crise, inutile à détailler, laissa à sa suite une paralysie incomplète du membre inférieur gauche, qui ne devait jamais disparaître complètement.

« Hors de là, pas de troubles apparents, sauf une paresse attribuée à la difficulté de la marche et plus d'irritabilité. De sobre, il devint plus enclin à boire, supportant mal le vin, rentrant chez lui étrange, sans ivresse. Un jour, on le reconduisit, brutalement ivre, somnolent et abruti, il avait été incapable de regagner seul son domicile.

« Ce fut le début apparent. On s'informa, et la famille apprit ce que savait tout le voisinage. X... était un dipsomane extérieur (1) (variété commune parmi les simples ivrognes). Il ne buvait jamais chez lui, profitait des occasions sans les provoquer et buvait rarement seul. Inconscient de son ébriété progressive, il se donnait en spectacle même au milieu de réunions d'affaires, ne se rendant compte de son trouble mental ni avant, ni pendant, ni après l'accès.

« Cette sorte d'inconscience, cette indifférence au jugement des autres, cet oubli même quand le calme est revenu, sont autant de traits de la dipsomanie qui l'éloignent de l'ivresse simple, pour la rejeter dans l'aliénation. On les retrouve dans tous les cas à des degrés variables.

« Les choses se prolongèrent ainsi pendant trois années environ, malgré les reproches, les conseils, les supplications des siens, malgré les railleries mal dissimulées des voisins.

« Une broncho-pneumonie grave survint alors, due peut-être à quelque refroidissement contracté pendant un accès. Ce fut la clôture ; car, sans que le milieu ait été modifié, la dipsomanie s'arrêta court.

« A l'entrée, aussi bien qu'à la sortie, le mal n'avait été ni provoqué, ni même influencé par aucune cause morale. L'étiologie de la maladie était exclusivement du domaine pathologique, comme celle de la guérison. »

Cette observation représente un des types curables d'une affection qui aboutit souvent à l'incurabilité, et c'est pourquoi je

(1) Ou « dipsomane cynique » de Ball, pour le distinguer du dipsomane intérieur ou « dipsomane mystérieux ». B. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 660 et suiv. Paris, Asselin. 1880.

l'ai relatée la première (1). Elle montre d'une façon péremptoire quelle place considérable le mode d'évolution doit occuper dans l'histoire de la maladie.

La deuxième observation a trait à une « femme de 40 ans, mère de quatre enfants, vivant dans une situation aisée, mi-partie à Paris, mi-partie à la campagne. Intelligence moyenne, caractère égal, régulier, sollicitude peut-être exagérée pour ses enfants et pour la tenue de sa maison ».

La troisième concerne un homme de 40 ans, marié, père de famille, chef de service dans une administration de l'Etat, habitant une grande ville de province où le retenaient ses occupations, et révoqué pour des raisons politiques.

La quatrième, enfin, est l'histoire pathologique « d'un homme jeune, représentant le type des *drunkards* ou des dipsomanes des grandes villes, avec les qualités et les défauts propres à nos ouvriers élevés un peu au hasard, ayant appris, oublié et retenu suivant leurs caprices mobiles ».

Ces trois dernières observations ont pour caractère commun l'incurabilité.

Lasègue émet, ensuite, quelques propositions destinées à compléter le tableau cliniqne de la dipsomanie.

« Le dipsomane boit autant et plus que l'alcoolique, il boit les mêmes liqueurs et s'enivre, mais ne s'alcoolise pas. L'alcoolique boit également et ne s'enivre pas. Entre eux deux, il n'y a de commun que l'ingestion d'alcool.....

« Tout dipsomane est un aliéné de la catégorie des raisonnants. Sa maladie procède d'abord par accès qui s'écartent ou se condensent jusqu'à devenir subintrants, sans obéir à des lois de pé-

(1) En réalité, dit Armand, in *Traité* Ballet, la dipsomanie est très peu curable, rien n'étant plus difficile que de modifier l'état mental qui lui donne naissance.

riodicité fixe. L'attraction pour la boisson se montre plus ou moins irrésistible, tantôt à la longue et tantôt au début. Elle est tenace, obstinée, implacable, sans violences...

....« Personne n'a jamais vu un dipsomane, fût-il imbibé à l'extrême par la boisson, entrer dans une de ces attaques ardentes par la fièvre, débordantes de sueurs, terribles rien qu'à leur aspect et où se décide en trois jours la vie ou la mort du malade.

Personne n'a vu davantage un dipsomane acculé, à force d'excès, dans l'impasse de l'alcoolisme chronique (1). Il a sa cachexie particulière et son mode de dégradation identique à la déchéance progressive des ivrognes.

« De même est-il préservé, aux degrés moyens, des aventures mentales de l'alcoolisme. Pas d'hallucinations transitoires, pas de terreurs de jour ou de nuit, pas de tendance au suicide. Habituellement insouciant, il est bien moins agressif que les ivrognes de hasard. *Ce serait une hardiesse de dire que la dipsomanie et même l'ivresse sont l'antidote de l'alcoolisme, et pourtant cette assertion paradoxale toucherait au plus près à la vérité* (2). »

Du traitement Lasègue parle peu, car les dipsomanes sont considérés et traités comme les autres malades atteints d'affections mentales, et « la guérison de l'alcoolisme n'a jamais tenu la plus humble place dans la collection des moyens thérapeutiques ».

Les trois dernières pages du mémoire relatent les phénomènes

---

(1) Nous avons vu que tel n'est pas l'avis de Magnan et de quelques auteurs (Salvatori, Magnus Huss, Foville, Linas, Ball). Magnan déclare que « le délire alcoolique finit par compliquer l'accès de dipsomanie quand celui-ci dure assez longtemps ou se répète fréquemment. » Quelquefois même « en dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent comme de véritables ivrognes. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique ». Magnan, *La dipsomanie*, in *Leçons sur les maladies mentales*, 1re édit., 1882-1891).

(2) *Etud. méd.*, II, p. 277.

significatifs de l'alcoolisme, et il est facile de se rendre compte que cet état ne ressemble point à celui du dipsomane.

« Processus par accès, répétition forcée des mêmes abus, entraînement spontané, sans provocations extérieures. Solitaire (1), fuyant les compagnies, luttant par l'obstination muette et invincible contre les sollicitations qui le préserveraient, fuyant les compagnies qui flatteraient ses goûts, le dipsomane se comporte comme *certains aliénés onanistes*. Il dort lourdement, s'abstient d'effort intellectuel, échappe au délire et ne subit pas d'autres troubles physiques, pas d'autres états intellectuels que ceux qui relèvent de toutes les ivresses.

« Processus graduel, incubation toujours longue, phase préparatoire, habitude aidant, comme dit le proverbe, à constituer une seconde nature ; insomnie, agitation et rêvasseries nocturnes, délire hallucinatoire ; symptômes physiques dominant la scène, assez spéciaux pour justifier un diagnostic absolu, dussent le malade et les siens nier énergiquement. Même sûreté d'affirmation que pour la syphilis, perversions intellectuelles non moins caractéristiques ; rechutes relativement rares et presque toujours motivées par un concours d'occasions propices ; jamais d'ictus, créant chez un individu jusque-là cérébralement indemne l'aptitude spontanée à l'alcoolisme (2).

Tels sont les deux tableaux résumés et juxtaposés de l'état dipsomaniaque d'une part et de l'état alcoolique d'autre part.

Impulsifs d'un autre ordre sont les malades que Lasègue a appelés *Les exhibitionnistes* (*Union médicale*, mai 1877).

Dans la « courte note » qu'il leur consacre, le médecin de l'infirmerie spéciale commence par justifier son néologisme.

(1) Les dipsomanes « mystérieux » constituent la grande majorité des impulsifs à la boisson.

(2) *Etud. méd.*, II, p. 280.

« Notre langue médicale manque d'expressions pour désigner les états si nombreux qui servent d'intermédiaire entre la raison et la folie. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la langue populaire est plus riche. » (1)

Puis, un exemple de malade, qui ne fait montre que de sa personne, est destiné à faire saisir ce qu'il entend par exhibition.

« Le sens génital est certainement celui qui se prête le mieux à des perversions compatibles avec un suffisant exercice de l'intelligence. Toutes les déviations y sont représentées, que les étapes marquent un temps d'arrêt dans la démoralisation ou dans la débilité d'esprit. Même à l'état normal, il se complaît dans les satisfactions incomplètes, aussi est-ce lui qui fournit le plus aux exhibitions. »

Ces considérations d'ordre général étant émises, Lasègue en vient au fait, à l'acte qu'il qualifie d'exhibitionnisme.

« Un individu, presque toujours, sinon toujours un homme (je n'ai vu qu'une seule femme ainsi entraînée), est arrêté pour outrage public à la pudeur. Il a fait montre de ses organes génitaux non pas au hasard, devant les passants quels qu'ils soient, mais aux mêmes endroits, en regard des mêmes personnes, car, le plus ordinairement, le manège s'est répété nombre de fois avant qu'il ait donné lieu à une plainte, motivé la surveillance et amené l'arrestation ; c'est un scandale privé plutôt qu'un outrage public.

« La première pensée est qu'il s'agit d'un homme vicieux, ayant épuisé les débauches et réduit aux dernières ressources des excitations impuissantes. L'enquête prouve surabondamment qu'il n'en est rien. Le prévenu a les antécédents les plus honorables ; il n'était pas, forcément, aux limites de la virilité ; sa situation

(1) C'est une remarque que fait aussi Brissaud dans son : *Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine*, Paris, Masson, 1892.

d'argent, son indépendance de tout lien lui permettaient et lui rendaient faciles les satisfactions autorisées. Il ne se distingue ni par l'excès ni par l'absence d'appétition ... L'individu, honteux, se renferme dans l'expression ou plutôt dans l'explosion de ses regrets ou de ses remords. Il lui semble que toute réponse serait compromettante, et que, moins il rendra compte de ses sentiments, plus on croira à une impulsion excusable, parce qu'elle a été inconsciente.

« A défaut des aveux, les faits donnent quelques éclaircissements. »

Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer m'avait laissé une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de trente ans) appartenant à une famille honorable ; jouissant lui-même d'une situation enviée comme secrétaire d'un personnage politique de cette époque. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

L'autorité avait été informée, par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église alors peu fréquentée ; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

La surveillance était difficile, à cause du nombre des endroits où elle devait s'exercer. Un soir, cependant, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse qui poussa un grand cri et qui éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier que le parquet demanda un examen médical. J'eus avec le prévenu de longs entretiens dont je ne pus dégager que quelques indices. *L'impulsion était invincible, elle se reproduisait périodiquement, aux mêmes heures*, jamais dans la matinée ; elle était précédée d'une *anxiété* qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure. L'enquête, poursuivie avec une sollicitude concevable, ne fournit que des résultats négatifs. Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation.

J'étais alors moins expérimenté, et, devant l'absence de toute con-

ception délirante, de toute perversion intellectuelle ou nerveuse, je dus m'incliner et déclarer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. J'ignore quelle suite fut donnée à l'affaire.

Peu de temps après, j'appris qu'une plainte avait été déposée contre un employé supérieur d'une administration, âgé de 60 ans, veuf et père de famille. On l'accusait de se poster près de sa fenêtre et d'y faire l'exhibition de ses organes génitaux devant une petite fille de 8 à 10 ans, qui demeurait en face de lui. Cette pratique avait lieu tous les matins, entre 10 et 11 heures ; elle s'était répétée pendant une quinzaine de jours, puis avait cessé pendant plusieurs mois, pour se reproduire dans des conditions identiques. Je connaissais personnellement l'inculpé, j'allai le voir et lui demandai confidentiellement des renseignements qu'il ne refusa pas. Il avouait tout, reconnaissait l'énormité et l'absurdité de la faute, sans savoir, disait-il, comment s'en défendre. L'incitation instinctive était *intermittente*, mais dès qu'elle se produisait, il la sentait *invincible*. Sa conduite, connue non plus par une enquête de police, mais par les relations de ses amis, échappait à tout soupçon. Averti à temps, il se décida à partir en Belgique avant l'instruction judiciaire. J'ai appris qu'il était mort un an après, à la suite d'accidents cérébraux (1).

Donc : *exhibitions à distance, pas de manœuvres lubriques, pas de tentative pour entrer en relations plus intimes ; retour du même instinct aux mêmes lieux et habituellement aux mêmes heures ;* pas un acte répréhensible au point de vue génital en dehors de cette manifestation monotone. Tels sont les caractères du syndrome morbide qui se dégagent d'ailleurs de cinq autres observations-types signalées par Lasègue.

Conclusion :

« Les faits que je viens de résumer portent l'empreinte des états pathologiques : leur instantanéité, leur non-sens reconnu par le malade, en l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux conséquences qui en résulteront, la limitation de l'appétit à une

(1) *Etud. méd.*, I, p. 696 et suiv.

exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques aventures, toutes les données imposent la croyance à la maladie.

Depuis cette remarquable description où, en quelques pages, que dis-je, en quelques lignes, Lasègue a nettement indiqué les traits essentiels de l'exhibitionnisme, les auteurs se sont préoccupés, non seulement de grouper les malades d'après l'acte accompli, c'est-à-dire d'établir un classement sémiologique, mais de rechercher, au-delà de l'acte, dans l'histoire complète du sujet, les éléments d'un jugement étiologique.

D'après Magnan, les impulsifs proprement dits, les véritables exhibitionnistes, sont les moins nombreux, et sur les sept observations de Lasègue, « on découvre deux déments séniles, un athéromateux avec lésion circonscrite, un paralytique général, peut-être aussi un épileptique (1) ».

De plus, les exhibitionnistes ont d'autres tares mentales qui se manifestent sous forme d'obsessions, d'impulsions, de phobies, d'état mélancolique, de tendances au suicide, etc... et il importe de remonter dans leur passé pour y découvrir les indices psychiques des prédisposés et des signes habituels de la dégénérescence mentale.

G. Ballet se range à l'avis de Magnan : « Dans la description qu'il a donnée de ces obsédés impulsifs qu'il a si pittoresquement désignés sous le nom d'exhibitionnistes (nom qui mérite d'être conservé), Lasègue a visé plutôt une forme spéciale de criminalité morbide qu'une espèce nosologique » (2).

Morselli (3) considère l'exhibition comme un équivalent épileptique.

---

(1) Magnan, Des exhibitionnistes. Communication à la *Société de méd. légale* ; in *Annales d'Hyg. publique et de Méd. légale*. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

(2) G. Ballet, Les exhibitionnistes, *Semaine médicale*, 25 mai 1893.

(3) Morselli, *Bull. Roy. Acad. medica*. Genova, 1894.

P. Garnier (1) définit l'exhitionnisme impulsif, « syndrome de la dégénérescence mentale,une perversion sexuelle, obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public, et généralement avec une sorte de fixité d'heure et de lieu,ses organes génitaux, à l'état de flaccidité et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès ».

Pitres et Régis (2) remarquent que « cette définition donne une idée très exacte de l'exhibitionnisme impulsif-type, à caractère conscient, obsédant, intermittent et paroxystique. Mais elle ne comprend pas tous les cas d'exhibitionnisme impulsif, notamment ceux où il n'y a ni lutte obsédante, ni conscience complète, ni fixité d'heure et de lieu, et où l'exhibition s'accompagne d'érection, de masturbation, etc... Ceux-là, on les observe non seulement chez les dégénérés, mais aussi chez les sujets en voie de décadence mentale, comme les alcooliques chroniques, les déments, les épileptiques, les paralytiques généraux...

Et ils ajoutent :

« M. Garnier, recherchant à quel mobile obéissent les sujets en agissant ainsi, se demande « si quelque sentiment donnant comme l'impression d'un vague réveil de l'ancien culte pratique, en honneur à Rome et à Athènes, n'interviendrait pas dans la solennité avec laquelle ils s'exhibent ». Nous croyons que l'explication est plus facile et plus simple. Si l'exhibitionniste est fréquemment poussé à opérer dans les lieux consacrés au culte, c'est surtout parce que c'est là qu'il devrait et voudrait le moins le faire ; en vertu de cette loi d'antithèse et du contraire, si curieuse et si typique chez beaucoup d'obsédés, qui orientent leurs

(1) P. Garnier, *Rapport au Congrès international de médecine*, 1900.

(2) Pitres et Régis, *Les obsessions et les impulsions*, Paris, Doin, 1902.

tendances juste dans le sens le plus grave ou même à l'opposé de leurs désirs. » (1)

Enfin, Arnaud (2), tout en rendant pleine justice à Lasègue, « cet éminent observateur », pour la netteté concise avec laquelle il a fixé les caractères du syndrome exhibitionnisme, croit que le retour de l'acte aux mêmes lieux et aux mêmes heures n'est pas aussi constant que l'avait cru Lasègue ; peut-être dépend-il simplement des conditions extérieures qui lui permettent de se produire, et non pas d'une périodicité instinctive...

De plus, « à côté du syndrome exhibitionnisme simple qu'avait observé Lasègue, il faut distinguer l'exhibitionnisme complexe, ne trouvant pas en lui-même sa complète satisfaction. C'est le cas lorsque le malade exhibe ses organes soit pour se masturber, soit pour les frotter contre une robe de femme. L'exihibition n'est plus un but, elle n'est plus qu'un moyen (frotteurs) ou excitant surajouté (onanistes). C'est ce que Magnan a bien mis en lumière. « Ce qui est impulsif, dans ces cas particuliers, ce n'est pas, à proprement parler, l'exhibition, c'est le besoin de satisfaire une sollicitation génésique impérieuse et pervertie » (3).

Parmi les nombreux documents médico-légaux qu'avait rassemblés Lasègue, il en est deux qui ont vu le jour de la publication.

Appelé à constater l'état mental d'un nommé Henri Thouviot, inculpé d'assassinat sur la personne de la nommée Marie Cotard, âgée de 20 ans, dans un restaurant de la rue Cujas, Lasègue renseigné à la fois par « une instruction minutieuse et approfondie »,

---

(1) Pitres et Régis, *loc. cit.*
(2) Arnaud, in *Traité de pathologie mentale* de Ballet.
(3) Arnaud, *loc. cit.*

par de « nombreux écrits émanés du prévenu », et par un examen direct, rapporte une longue observation qu'il fait suivre d'un extrait de son rapport et de quelques brefs commentaires. Le tout constitue un article publié sous le titre : « Des délires par accès » (1) (*Archives*, 1875 et 1878).

L'autre document concerne « le vol aux étalages » (*Archives*, 1880), d'une fréquence croissante depuis les transformations qu'ont subies les grands magasins, devenus de vastes étalages, au dedans comme au dehors, et qui sollicitent la visite curieuse des acheteurs. Les femmes, en particulier, « fréquentent les magasins à l'égal des promenades publiques, aiguisant ainsi leur appétit, le satisfaisant quand elles peuvent, ou le réservant pour des temps meilleurs ou pour des rencontres plus séduisantes.

« Tout est prévu, organisé, étalé aux regards en vue de provoquer une attraction. Nous cédons plus ou moins à cette influence, qu'il s'agisse d'effets de toilette, d'œuvres d'art ou même d'objets de plus humble consommation, et nous savons, par expérience, qu'il faut un certain effort pour résister à des entraînements aussi habilement calculés » (2).

Un exposé biographique, écrit par l'inculpé lui-même, et d'une parfaite exactitude, nous renseigne sur l'instabilité de Thouviot, qui date de l'enfance, et sur son hypermnésie à caractère franchement pathologique. Il est obsédé par l'idée de tuer une bonne, avec laquelle il était « pourtant très bien », et sa mère, qu'il a toujours aimée. Le 26 novembre 1874, « jour où la justice décida de son sort », Thouviot entre dans un restaurant de la rue Cujas, pour y prendre un repas. Il passe près d'une fille Cotard, assise à une table et occupée à nettoyer des couteaux. Il met la main gauche sur l'épaule droite de la victime et la frappe

(1) *Etudes médicales*, I, p. 642 et suiv.
(2) *Etudes médicales*, I, p. 681.

en pleine poitrine avec un couteau qu'il tient de la main droite ; le couteau ensanglanté tombe à terre et le coupable sort (déposition du restaurateur).

Un témoin raconte que Thouviot, en sortant de la boutique dont il avait fermé la porte avec violence, a commencé par s'enfuir, puis, il a marché tranquillement. Le témoin et son frère l'ont saisi par le bras, en lui disant : « Venez, une dame de la rue Cujas veut vous parler. » Thouviot s'est retourné et a répondu : « Laissez-moi tranquille, je ne vous connais pas ». Puis, il s'est décidé à suivre le témoin.

Arrivé rue Cujas, il a regardé la femme qu'il venait d'assassiner et a dit : « Eh bien, oui, c'est moi ; ne me laissez pas au milieu de la foule, emmenez-moi au poste de police. » Il a prétendu, ajoute le témoin, que c'est une monomanie qu'il avait depuis six ans, et que les femmes avec qui il vivait ne se doutaient pas de ce qui les attendait. »

Fouillé au moment de son arrestation, Thouviot est porteur d'un carnet où sont consignées les notes suivantes : « Depuis longtemps, j'ai l'idée du crime ; je voudrais n'être connu de personne et que personne ne se soit jamais intéressé à moi.

« Je suis le plus grand *ipocrite* que la terre ait supporté ; à quoi ai-je été bon jusqu'à ce jour ? à rien, c'est le mot.

« Tout le monde se demande pourquoi j'ai assassiné ? Tout simplement pour sortir de la situation où je me trouve. J'ai essayé de travailler, de me bien conduire ; en un mot, j'aurais voulu être heureux ; mais il est écrit dans ma destinée que je dois aller au bagne ou sur l'échafaud. Ainsi, en ce moment, je déjeûne, et en même temps, de deux femmes qui se trouvent dans l'établissement, je me demande laquelle je vais frapper. Après le coup fait, je ne demande à mes juges qu'une chose, c'est de me faire couper la tête immédiatement. Le définitif de tout est que s'il y a un Dieu, il est bien injuste. J'ai voulu bien

faire ; mais je n'ai jamais pu chasser toutes ces idées de crime!! »

Interrogé par le commissaire de police, il répond à la question qui lui est posée sur le mobile de son crime : « C'est la satisfaction d'une idée que j'ai depuis longtemps. »

« Je n'avais pas choisi de victime spéciale. J'ai passé la nuit avec une femme ; si je n'en ai pas fait ma victime, c'est par suite de circonstances qu'il m'est impossible d'indiquer, car j'avais déjà ouvert mon couteau et je le lui ai montré ! Elle l'a trouvé joli et je n'ai pas osé mettre mon projet à exécution... »

Confronté le soir même avec le cadavre de la fille Cotard, Thouviot indique froidement dans quelles conditions il l'a frappée, et il sourit quand on lui demande si c'est bien lui qui est l'auteur du meurtre. Le commissaire de police a cru remarquer sur le visage de Thouviot une expression de satisfaction sensuelle en regardant le cadavre et le sang. Tout au moins, ce magistrat ne retrouve pas, chez le prévenu, la tenue accoutumée des coupables dont le crime vient d'être découvert (1).

Ces matériaux scientifiques une fois mis en présence du lecteur et complétés par d'autres renseignements que le cadre de ce travail ne me permet point de relater, Lasègue insiste sur ce point, à savoir « que c'est le fait seul accompli en dehors de ce qu'on appellerait la technique du crime, qui a éveillé la sollicitude des magistrats... Mais « mesurer la sanité intellectuelle d'un homme d'après un seul de ses actes est un problème toujours délicat et souvent insoluble ».

Il convient donc de faire abstraction du fait et de chercher des éléments de décision dans l'examen direct. C'est ce que doit faire le médecin-expert et c'est ce qu'a fait Lasègue. Ses investigations sérieuses persévéramment poursuivies ne lui suffisent pas à motiver, pour Thouviot, le diagnostic d'épilepsie larvée, « si tant est

(1) *Etud. méd.*, I, p. 648.

que le diagnostic puisse être, dans l'état actuel de la science, sûrement établi »...

Mais, à côté des persécutés, des faibles d'esprit, des alcooliques aigus, des épileptiques, au nombre desquels on ne peut point compter Thouviot, on est autorisé à admettre « une dernière classe de malades poussés au meurtre par une violence irrésistible et passagère, sans autres perversions physiques ou psychiques constatables durant l'accès, sans troubles caractérisés de l'intelligence après la crise ».

« Des exemples nombreux, observés, analysés, commentés par les plus éminents observateurs, ont été publiés, et quels que soient les doutes qui s'élèvent sur leur interprétation, leur authenticité est restée hors de discussion...

« L'impulsion consciente s'exprime tout d'abord ou par la pensée obsédante, ou même par la crainte de commettre l'acte qui répond au délire. Peu à peu s'adjoint à cette idée dominante une sorte d'état vertigineux qu'on retrouve dans tous les états maladifs, mais qui n'abolit pas l'intelligence. Aux premiers stades, le moindre obstacle peut devenir un empêchement ; une diversion puissante suspend ou supprime la crise ; la moindre cause d'excitation, qu'elle soit morale ou physique, la redouble, et les causes varient suivant l'objet spécial de l'impulsion délirante. L'acte ainsi préparé, même dans les formes en apparence les plus instantanées, prend un aspect de préméditation qui répond à cette façon d'élaboration successive. La soudaineté de l'épilepsie, moins absolue, d'ailleurs, qu'on ne le suppose, n'admet pas au même degré les indécisions et surtout les retardements dans l'exécution de l'acte. L'action, une fois commise, la crise non épileptique cesse d'ordinaire presque soudainement, et le malade, rentré en possession de son activité intellectuelle, peut être assez maître de lui-même pour s'évader ou pour combiner les moyens d'échapper aux recherches. On s'explique ainsi comment, dans les faits

d'impulsion incendiaire ou de kleptomanie, le coupable se soustrait si souvent même aux soupçons.

« On aura complété la caractéristique sommaire de l'accès propulsif en ajoutant qu'il aboutit presque toujours à un crime ou à un délit inexplicable. L'aliéné n'était amené ni par une passion ni par un intérêt, et le hasard seul a désigné sa victime. Pour l'homicide tout au moins, les choses se passent ainsi, sauf de rares et contestables exceptions. Qu'on relève les faits consignés dans la science, et on sera frappé de la part qui revient à l'imprévu ; il suffit que l'occasion soit venue au moment où, pour ainsi parler, la crise était mûre.... »

« Le crime ou la violence accomplie, on ne retrouve que des indices incertains dont la trace eût échappé sans ce solennel avertissement. » (1)

Thouviot appartient à la catégorie pathologique dont les principaux caractères viennent d'être successivement indiqués.

Par conséquent, et pour conclure, « en dehors de l'épilepsie, qui explique le plus grand nombre des cas de délire par accès aboutissent à des violences, il est nécessaire de maintenir le type admis par tant de maîtres ou d'observateurs éminents, du délire impulsif non épileptique, auquel on a imposé les noms divers de monomanie instinctive, de monomanie impulsive, etc.

Ajoutons que ce que, depuis Esquirol, on qualifait de « monomanie homicide » est désigné aujourd'hui sous le nom *d'impulsion à l'homicide* et classé par Pitres et Régis (2) en trois types psychopathogiques distincts : moteur (épilepsie, alcoolisme aigu), psychomoteur (manie aiguë, paralysie générale, certains délires hystériques et alcooliques, certaines accouchées) et enfin psychique (type le plus net et le plus grave).

(1) *Etud. méd.*, I, p. 658.

(2) Pitres et Régis, *Les obsessions et les impulsions*.

Magnan et Ladame ont parfaitement mis en lumière les divers types et Ladame insiste tout particulièrement sur la distinction des obsessions homicides, en obsessions théoriques (qui n'aboutissent pas à l'acte) et en obsessions impulsives proprement dites, dont le meurtre ou les tentatives de meurtre sont la conséquence. Dans ces derniers cas, d'ailleurs, il y a le plus souvent un appoint aggravant tel que l'alcoolisme, l'épilepsie ou la dégénérescence mentale.

« Dans sa monographie sur le « *vol aux étalages* », Lasègue n'a eu en vue que des voleurs et surtout des voleuses de hasard, arrêtées en flagrant délit d'une fraude, toujours la même, déférées à la justice, et que les juges expérimentés en ses matières ne reconnaissent pas comme appartenant à la classe des délinquants ordinaires..

« En apparence, il ne s'agit que d'une expertise médico-légale ; en réalité le problème n'est à résoudre que par une étude assez délicate de pathologie mentale.

« Deux éléments, comme toujours, interviennent, et, pour parler le langage de l'Ecole, il faut envisager séparément l'*objet* et le *sujet* : l'attraction exercée par la marchandise à voler et l'état intellectuel et moral du voleur.

« Parmi les voleuses surprises, plus encore probablement parmi celles qui échappent à la surveillance, un certain nombre agissent avec la conscience exacte, par et conséquent avec la responsabilité du larcin. Quand on les interroge, elles racontent qu'elles ont lutté d'abord, qu'elles sont revenues à la charge, qu'elles se sont aguerries à la pensée et à l'accomplissement du vol. Quand on fait enquête, on constate que ce sont des femmes dont les ressources sont bien au-dessous de leurs goûts ou de leurs prétentions. Leur existence est semée d'aventures douteuses, et tout ce qu'on accorde à titre d'atténuation, c'est qu'elles

auraient peut-être été préservées, si les séductions avaient été amoindries, ou le délit plus périlleux.

« Dans une autre catégorie de faits », et c'est sur elle que Lasègue insiste surtout, « les choses se passent autrement. La femme arrêtée, nantie de marchandises de valeurs diverses, appartient à une famille dont l'honorabilité est hors de doute. Son passé, comme son présent, est irréprochable ; ses besoins, ses fantaisies, n'excèdent pas son avoir, et se tiennent même dans les plus modestes limites.

« L'acte délictueux étonne, parce qu'il n'a ni aboutissant, ni précédent. On se demande alors jusqu'à quel point un état maladif de l'intelligence est ou n'est pas en cause. On suppose une propension instinctive au vol, irrésistible et inconsciente, à la façon de la *gazza ladra*, une sorte d'appel analogue aux envies que les gens du monde attribuent volontiers aux femmes enceintes. On suit cette piste, et il se trouve presque toujours que la voleuse n'avait rien dérobé jusque-là ou que, tout au plus, ses larcins se sont accumulés dans un court espace de temps, et qu'ils répondent moins à un appétit durable qu'à une crise.

« Une autre remarque déconcerte. A la lecture du procès-verbal rédigé séance tenante, on s'aperçoit que le vol n'a été rien moins que brutal, absurde, dépourvu de calcul, comme ceux que commettent les paralytiques généraux et les épileptiques. La prévenue a passé, à plusieurs reprises, devant l'étalage ; elle s'est fait montrer divers objets ; elle a fait quelques achats et profité d'un moment où l'attention était détournée. Sa détermination était plus artificieuse que maladroite, et sa contenance, au moment où la fraude a été découverte, n'a guère différé de la tenue des voleurs de propos délibéré.

« Si la perquisition, pratiquée à domicile, a permis de retrouver d'autres objets dérobés, ces objets étaient cachés soigneusement ; le mari, les serviteurs n'avaient rien vu et ne soupçonnaient rien.

« Ce concours de précautions est incompatible avec l'hypothèse d'une propension presque bestiale qui s'assouvit à la hâte et à tout prix. » (1)

C'est en portant l'investigation du côté, non pas des éléments actifs, mais des éléments négatifs de la maladie qu'on arrive à comprendre ces cas où des gens se laissent aller à des actes délirants.

« Médicalement, il s'agit de montrer que le malade inculpé de vol est un malade, et de le prouver. » Pour cela, il faut rechercher les symptômes « dans un trouble cérébral permanent » et considérer le vol « comme un incident et presqu'un épisode ».

Les faits observés, nombreux, sont d'une telle uniformité symptomatique, que Lasègue se contente d'en citer quelques-uns (quatre) pour, finalement, conclure que tous les malades présentent des défectuosités cérébrales plus ou moins nettes, plus ou moins effacées, plus ou moins intenses, mais, qu'en définitive, il s'agit de « cérébraux » (2) qu'il importe, à l'aide de persévérantes recherches, de savoir distinguer et reconnaître.

---

(1) *Etudes médicales*, I, p. 682.

(2) C'est dans son article sur « *les Délires par accès* » qu'est le premier fil de la théorie de Lasègue sur ce qu'il a appelé les « cérébraux » :

« Tous les médecins savent qu'un homme frappé par une affection cérébrale profonde se manifestant par de graves symptômes comateux, délirants, paralytiques, convulsifs, etc..., guérit de la crise sans guérir forcément de la maladie. Après des semaines, des mois, des années, apparaissent de nouveaux accidents reliés à l'attaque initiale par une attache pathologique incontestable (*Etud. méd.*, I, p. 670).

Dans la leçon « sur les Manifestations cérébrales de l'alcoolisme », l'ébauche devient une esquisse, et Lasègue définit ce qu'il entend exactement par la dénomination qu'il a créée.

J'entends par là (cérébraux acquis),des individus n'ayant aucune prédisposition cérébrale héréditaire, et qui, par suite d'un acte pathologique quelconque, à détermination encéphalique, *perdent la résistance cérébrale qu'ils possédaient naturellement*. Un malade a fait une ou deux chutes sur la tête après lesquelles il a perdu connaissance ; il est resté dans le coma pendant 24 heures, pendant 12 heures, ou même pendant un temps moins long, au bout

Depuis Lasègue un nombre considérable d'auteurs se sont occupés de la kleptomanie et de son impression type,le vol à l'étalage ou vol dans les grands magasins.

Nous avons vu que Lasègue distinguait deux catégories de voleurs à l'étalage : les responsables et les irresponsables.

Legrand du Saulle (1) admet, parmi les vols dans les grands magasins, des actes délictueux demi-pathologiques et pathologiques, et attribue, dans leur genèse, une part prépondérante à l'hystérie,surtout en ce qui concerne les actes demi-pathologiques. Ce rôle s'affirme encore plus quand l'hystérie s'associe non seulement à la grossesse elle-même (envies) mais à toutes les mani-

duquel il a pu se lever et reprendre peu à peu ses occupations habituelles. Tout d'abord, il a eu un peu de lourdeur de tête, un peu d'apathie intellectuelle, puis bientôt tout a disparu, Eh bien, cet homme sera peut-être, dans la suite, ce qu'il était avant. Mais, il peut se faire que désormais tout, dans sa vie pathologique, se ressente de l'accident qu'il vient d'éprouver, et qu'à l'avenir, les manifestations morbides qu'il aura portent l'empreinte de sa débilité cérébrale.

Ce résultat peut être produit non seulement par une chute déterminant une contusion du cerveau, mais encore par une maladie à déterminations nerveuses,une fièvre typhoïde par exemple. Les émotions morales ont aussi, à ce sujet, une grande influence.

Quelle que soit la cause et quel que soit le mécanisme, il n'en est pas moins vrai que le fait existe : en un temps plus ou moins long, *un individu bien conformé et sans disposition antérieure, peut entrer de plain-pied dans la classe* des cérébraux. C'est ce que *un cérébral acquis , c'est un homme qui a perdu sa virginité cérébrale.* » (*Etud. méd.*, II, p. 232.)

L'esquisse fut finalement,transformée en tableau dans une communication faite par Lasègue au Congrès international de médecine mentale de Paris (5 au 10 août 1878), mais nous n'y trouvons rien qui n'ait déjà été dit, et Lasègue s'est contenté de développer le thème de sa théorie (*Etud. méd.*, I, p. 567).

Le terme de cérébraux, employé un peu à tort et à travers du temps de Lasègue, par les médecins et les gens du monde, n'a pas fait fortune. Il n'en reste pas moins acquis que le traumatisme physique ou moral peut entraver le développement organique ou fonctionnel du cerveau ou troubler un organe jusque-là normalement développé.

(1) Legrand du Saulle, Les vols dans les grands magasins,in *Traité de médecine légale*. 2e édit., 1886.

festations de la vie génitale, en particulier la menstruation et la ménopause.

Lacassagne (1) classe les voleurs qui nous occupent en collectionneurs, déséquilibrés et malades.

Pour Régis enfin (2), la kleptomanie est tantôt les symptômes « d'un état psychopathique grave consistant surtout dans la débilité congénitale ou acquise, ou dans l'obnubilation passagère de l'intelligence » (dégénérés inférieurs, déments séniles ou paralytiques, épileptiques) ; tantôt « le substratum pathologique est beaucoup moins apparent, et les « impulsions dites conscientes » au vol s'observent dans les états névropathiques, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie à forme obsédante et les états supérieurs de dégénérescence jusqu'à la déséquilibration.

Dans les aventures médico-légales que nous venons d'analyser, le malade était sous le coup d'une impulsion, « l'idée-force » (A. Fouillée) était passée à l'acte : les deux articles qui s'intitulent *la mélancolie perplexe* (*Archives*, 1881) et *vertige mental* (Communication à l'Académie de médecine, janvier 1876) nous présentent des malades encore en proie à l'obsession et chez lesquels l'idée (3) n'a pas encore eu de réalisation objective.

Les exemples que Lasègue range sous le vocable de « mélancolie perplexe » et dont Ball fait un paragraphe de la mélancolie (4), semblent bien rentrer, en réalité, dans le cadre syndromi-

---

(1) Lacassagne, *Précis de médecine légale*. Paris, Masson, 1906.

(2) Régis, *Précis de Psychiatrie*, Paris, Doin, 1906.

(3) Il va sans dire que je ne confonds pas l'idée et l'obsession. « L'obsession met en jeu les sentiments ; au lieu d'une idée fait acquis, elle évoque des aspirations ou des appréhensions. Contre ces incitations l'intelligence est désarmée (Lasègue).

(4) 1° Mélancolie avec conscience ; 2° mélancolie dépressive avec tendance à la stupeur ; 3° mélancolie anxieuse ; 4° mélancolie perplexe « que M. le

que, décrit par J. Falret (1), sous le nom de « folie raisonnante ou folie morale » et aujourd'hui appelé « folie du doute ».

« Un homme, une femme, une jeune fille, l'âge et le sexe importent peu, se trouve contraint de prendre une résolution. Avant de se décider, il passe par des perplexités, des décisions contradictoires, des délibérations sans résultat, et au sortir de cette épreuve, il est devenu le mélancolique spécial que je vais décrire. Aucune autre porte ne donne accès à la maladie (2). »

Voici l'exemple concret que donne Lasègue :

« X... vient de quitter les affaires, fortune faite ; son goût apparent souvent manifesté est de se retirer à la campagne, on lui propose d'acheter une grande propriété en conformité avec sa situation, avec les habitudes qu'il a prises ou qu'il entend contracter

« Il va visiter la terre, l'examine en connaisseur et revient enchanté. L'enthousiasme semblait presque excessif, il dure peu ; et quelques jours à peine se sont écoulés que l'anxiété succède à un contentement que d'habiles observateurs auraient déjà déclaré incorrect. L'acquisition est-elle ou non à propos ? Quels sont ses inconvénients ou ses profits? La délibération, qui se présente moins sous la forme d'un dilemme que sous celle d'une sorte de bascule intellectuelle, *prend peu à peu les caractères de l'obsession.*

« Les côtés appréhensifs dominent la scène : « Si je me résous dans un sens, combien de conséquences ma décision peut entraîner ? Si je conclus en sens contraire, quelles responsabilités ne vais-je pas encourir ? En tout cas, je passerai pour un homme incapable de combiner et de prévoir ! »

---

professeur Lasègue vient d'étudier dans un travail récent » (Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1880).

(1) J. Falret, De la folie raisonnante ou folie morale. *Société médico-psychol.*, janvier 1866.

(2) *Etud. méd.*, I, p. 703.

Appréhension doublée d'un respect humain et la plus mordante de toutes.

« Cet ensemble de préoccupations s'impose. Il trouble la journée, se renouvelle plus impérieux la nuit, le sommeil s'en va et le malade, car il est déjà un malade, n'a plus ni trêve ni repos. »

Telle est « la première phase muette du travail intérieur, latent pour tout autre que pour le malade, mais dont rien, ni les sympathies affectueuses, ni les reproches, ni les distractions ne peuvent le détourner ; cette période dure des semaines, elle se prolonge en conformité avec les habitudes du caractère antérieur, taciturne ou expansif ».

Au second stade : « la pression mentale est devenue telle que le silence exige un effort impossible ».

Le malade devient alors « loquace sans être confiant »... C'est « une activité stérile, privée de toute copulation productive »...

« Son anxiété a dépassé la mesure du raisonnable, il s'est placé hors la loi », et la succession des événements qui suivent n'est qu'un progrès dans le mal.

La perplexité prend des proportions « tellement maladives qu'on n'hésite plus à la classer parmi les délires ».

Il s'est écoulé ainsi de trois à quatre mois ; le malade parle, « il se plaint, il expose, mais il n'interroge pas...

Peu à peu le malade « entre dans la phase des *scrupules inutiles* », le tout accompagné d'insomnie, d'anxiété nocturne, d'altération du facies qui devient blafard ; « l'œil est moins chercheur et moins vif. Les sécrétions de la peau, parfois même de la bouche, sont pauvres ; le pouls est tantôt ralenti, tantôt accéléré sans fièvre, la langue est étalée, blanchâtre. L'appétit ne diminue pas autant qu'on pouvait le craindre. Constipation persistante.

« L'indécision se marque de plus en plus. Elle ne porte pas seulement sur les résolutions à prendre, mais sur les moindres détails de la vie. C'est affaire d'obliger le malade à se coucher,

plus laborieux encore de le faire lever le matin. Il oppose une résistance passive mais tenace et ainsi s'ouvre la seconde période caractérisée par un mélange, en proportions égales, d'obstination et d'hésitation.

Bientôt, à l'insomnie s'ajoute l'excitation nocturne ; puis l'idée du suicide apparaît pour, dans les cas extrêmes, devenir l'obsession dominante presque unique. « Viennent alors les tentatives risquées, timides, dont le malade n'est pas fâché, le plus souvent, qu'on soit averti ». L'agitation mélancolique, arrivée à ce degré, garde peu de ses premières attaches. La raison qui semblait avoir causé la maladie est oubliée et le malade rentre dans les formes terminales de la plupart des états mélancoliques, quelle que soit leur origine ».

La guérison, que la maladie suive ou non la « ponctualité chronologique » indiquée, survient pour ainsi dire passivement, « presque sans la participation du malade », et progressivement. Le malade « désintéressé du problème » qui a été solutionné sans lui et qui était le point de départ des troubles, est bientôt complètement rétabli. Les rechutes constituent la plus rare exception.

La première observation authentique de « folie du doute », dont on pourrait peut-être trouver des exemples dans l'antiquité, appartient à Esquirol (1). Après lui, Parchappe, Trélat, Morel (2), Griesinger (3) en avaient observé des exemples. Nous venons de voir qu'elle n'était pas inconnue à Lasègue.

En 1875, Legrand du Saulle (4), « capitalisant en quelque sorte les travaux de ses devanciers » (5), publie une monographie importante sur ce sujet.

(1) Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 361.

(2) Morel, Du délire émotif. *Arch. gén. de méd.*, 1866.

(3) Griesinger, *Société de médecine psychologique de Berlin*, 1868.

(4) Legrand du Saulle, *La folie du doute avec délire du toucher*. Paris, 1875.

(5) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1880.

En 1877, A. Ritti consacre une étude intéressante à cette question dans la *Gazette hebdomadaire* et un article complet dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Dans sa communication à l'Académie de médecine, sur le *Vertige mental*, Lasègue a « choisi le vertige simple, qui se produit au sommet d'une tour ou d'un lieu élevé, pour faire comprendre des états tout autrement complexes », auxquels sa note est consacrée.

« Le nom de vertige que j'ai choisi, faute de meilleur, n'est pas susceptible de définition. Il a cela de commun avec toutes les dénominations destinées à exprimer des états subjectifs, et qui nous sont imposés par les malades.

« Collaborateur obligé du médecin, le malade énonce des sensations dont il est seul juge. Si, au lieu d'avoir recours à sa nomenclature de fantaisie, il emprunte la nôtre, c'est en lui attribuant des significations qui échappent à notre contrôle. On a dit qu'il était impossible d'avoir mal à la tête d'un autre ; il n'est guère aisé de se représenter la nature et le degré du mal de tête dont l'autre se plaint.

« Nous prenons alors pour terme de comparaison une impression que nous supposons avoir nous-même éprouvée, ou nous nous contentons d'une formule qui appartient au vocabulaire habituel des malades, dût-elle ne fournir qu'une notion assez confuse. »

Ces prolégomènes établis, que se passe-t-il chez le vertigineux, pris pour exemple ?

« C'est d'abord un sentiment d'angoisse précordiale, épigastrique, à forme compressive, assez caractéristique et assez constant pour qu'on le retrouve au début de la plupart des anxiétés vertigineuses. En second lieu, une sensation de collapsus, de défaillance imminente, avec plus ou moins de mollesse et de tremble-

ment des membres inférieurs ; le sol, comme on dit, se dérobe sous ses pieds, l'expression est d'un pittoresque achevé.

« Il peut alors survenir un trouble visuel secondaire consistant en une sorte de brouillard interposé, d'obnubilation semblable à celle qui accompagne la période initiale de presque toutes les défaillances...

« L'inquiétude morale plus ou moins comparable à la peur devient, bientôt, l'élément dominant de la crise. Elle se traduit par toutes les perversions consécutives aux impressions terrifiantes, la pâleur du visage, constriction thoracique, l'angoisse respiratoire, la rétraction de la peau du scrotum, l'algidité, la sueur froide diffuse ou partielle. Elle semble, autant que le malade est maître de son analyse, se composer de la crainte d'une chute dans l'espace et de l'appréhension d'une défaillance qui pourrait finir par compromettre la vie.

« La raison, même aidée par les paroles encourageantes des assistants, a perdu toute force de résistance. Le danger est nul, une balustrade élevée, solide, protège contre la possibilité d'un accident, le malade le sait, mais il se sent en même temps incapable de commander à sa préoccupation anxieuse.

« Deux possibles se présentent alors: ou le vertigineux se maintient dans une immobilité qu'explique son incapacité matérielle de se mouvoir, ou il accuse une impulsion qui le porterait, s'il n'était retenu, à se précipiter dans le vide. Ces deux modes contradictoires répondent, l'un, au vertige qu'on pourrait appeler actif, l'autre au *vertige passif.* »

C'est le dernier seul que Lasègue envisage. Dans tous les cas, l'impression mentale est le fait dominant, « celui dont les malades se souviennent avec une pénible réminiscence...

« 1° L'anxiété mentale est toujours précédée de symptômes physiques ; 2° elle n'est pas proportionnelle à l'intensité de ces symptômes ; 3° elle est parfaitement consciente, mais invinci-

ble ; 4° elle éclate subitement sans avoir été précédée d'une délibération ou d'une réflexion qui l'a justifiée ; 5° une fois née, elle suit une évolution fatale, car le vertigineux ne parvient pas à la dominer, même en la déclarant déraisonnable et absurde.... »

« *Il existe toute une catégorie de perversions intellectuelles qui ne se comprennent et ne se classifient qu'à la condition d'être rattachées au type vertigineux dont je viens d'indiquer les principaux traits.*

« *C'est à cette classe d'affections que j'ai donné le nom de vertige mental, indiquant, par là, que la maladie est constituée par un malaise physique, définissable, sinon défini, et par une angoisse morale qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie.* » (1)

Dans une première catégorie de faits, le point de départ visuel est manifeste, le trouble initial de la vue variant avec les sujets. « Une jeune fille ne peut se regarder dans un miroir sans être prise d'un malaise intellectuel et physique... Une autre est incapable, à certaines heures de la journée, de fermer les yeux brusquement sans être prise d'anxiété précordiale, de suffocation, de la peur d'être jetée à la renverse par un mouvement involontaire. »

Dans des cas déjà moins sensibles, « l'acte visuel se limite à un objet : le malade, à l'aspect d'une épingle, d'une allumette, d'un fragment de verre, d'un animal, entre en crise »...

A partir de ce moment la crainte de revoir les mêmes objets et d'éprouver les mêmes troubles s'installe. « De là une attente inquiète qui va devenir un des éléments de la maladie et constituer un état plus ou moins continu dans l'intervalle des accès. »

Dans une seconde catégorie de faits, « la plus compréhensive et la plus importante », pas de stade visuel. « La crise débute ou semble débuter par des troubles généraux et par le vertige mental, qui absorbe d'emblée les autres symptômes...

(1) *Étud. méd.*, I, p. 768.

Tous les malades, sans exception, déclarent, si l'on dirige l'interrogatoire en ce sens, que leur affection procède par accès débutant assez brusquement, mais s'épuisant par une décroissance le plus souvent graduelle. Ce processus répond à ce que nous observons dans le vertige simple.

« Le malaise initial est précordial ou épigastrique au commencement, mais bientôt il se généralise. Que son aspect extérieur soit ou ne soit pas modifié, le malade se sent une impression profonde de malaise intérieur qu'il est incapable de dominer.

« Plus ou moins tôt, souvent dès les premiers instants, le vertige mental absorbe l'attention du malade... »

Quelle est la marche, quelles sont les variétés, quelle est l'intensité de ce vertige mental ? De quelque nature que soit la préoccupation, elle a pour caractère pathognomonique d'éclater soudainement, de ne s'appuyer sur aucun fait passé et de viser exclusivement l'avenir... « La soudaineté, l'imprévu des accès excluent la délibération, le vertigineux n'a pas à faire appel à des souvenirs, puisque son état n'a pas d'antécédents. Son activité intellectuelle se contente dans un avenir vague, confus, qui, dans les formes les plus avancées, acquiert plus de consistance, sans avoir cependant à se fixer...

« Le vertigineux réduit à prévoir, sans un point d'appui même délirant, roule dans un cercle monotone. Si le mot était acceptable, on pourrait dire qu'il est sous le coup des vapeurs intellectuelles. Il va m'arriver un malheur ; que va-t-il m'arriver ? Tout va se trouver perdu, confondu, je ne peux pas échapper. Les miens, mes amis, mes enfants sont compromis..... Dans le désordre où n'intervient pas une conception fausse, parce qu'il ne se produit pas une idée définie, la raison n'a rien à voir. Le malade, parfaitement conscient de son appréhension, reste impuissant à la modérer. Quels arguments invoquer contre un malaise doublé de frayeur. Celui qui prévoit les pires événements accepte la

contradiction, à la condition de justifier lui-même sa raison de craindre ; s'il se contente d'avoir peur, les plus habiles conseillers ne sauraient lui prouver qu'il a tort....

« L'intelligence ne prend pas de part à ce délire. Beaucoup vont au devant des objections et reconnaissent à quel degré leurs craintes doivent paraître absurdes. Le *délire vertigineux* est affaire de sensation et de sentiment.

Par suite, « le pronostic s'adoucit » la durée de l'affection n'entraîne pas d'affaiblissement progressif de l'intelligence » et dans les intervalles de répit plus ou moins prolongés, le malade est capable des efforts d'intelligence les plus productifs, pourvu qu'il ne rencontre point une occasion provocatrice de crise vertigineuse.

Ces occasions sont multiples, quoique moins variées qu'on pourrait le supposer.

« Elles se résument dans l'impression que provoque un péril invraisemblable, mais possible ».

Par conséquent « la séméiologie de ces états si pénibles est précise. Elle peut se condenser dans cette formule : le malaise appréhensif est la conséquence d'un *ictus* physique ; toutes les fois que cette mise en train fait défaut, la crise ne se produit pas. Le malaise est identique à celui du vertige de cause visuelle ; il détermine un trouble anxieux, d'intensité variable, auquel l'intelligence ne participe ni pour l'aggraver, ni pour le restreindre. Les individus sujets au vertige mental le sont habituellement au vertige des altitudes ; la réciproque n'existe pas. L'appréhension vertigineuse est limitée, provoquée par une cause toujours semblable ; elle ne répond ni à une aptitude ni à une habitude de caractère. Elle ne s'appuie sur aucun antécédent raisonné et consiste dans une prévision toujours confuse. »

Dans des cas moins élémentaires, « l'intelligence intervient, elle donne corps aux sensations, elle les commente et les explique.

« Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété ; il se complaît à se représenter les événements qui vont survenir, à les classer, à les attendre ; ou, remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond l'intelligence est peu troublée et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles-mêmes. » (1)

Ainsi finit ce que Lasègue appelle une « préface à l'étude des états vertigineux délirants ».

Il s'agit, évidemment ici, d'un état qui confine à *l'agoraphobie* de Westphal (*Archiv für Psychiatrie*, 1872) et de Legrand du Saulle (*Gaz. des hôpit.*, 1877), état où le vertige, pris dans son sens précis, n'est pas le symptôme prédominant, mais qui, parfois, peut alterner ou suivre les véritables attaques vertigineuses.

« Cet état angoissant avec tout l'ensemble des phénomènes physiques se retrouve dans la peur des espaces, tout comme dans la peur des foules ; les malades ont peur de divaguer, de pleurer, de s'évanouir, d'être frappés d'apoplexie, de passer pour fous ; mais, le plus souvent, ils ont peur d'avoir peur » (Legrand du Saulle).

Dans un article relativement récent, N. Vaschide et Cl. Vurpas (2) remarquent que dans son *Vertige mental*, Lasègue a décrit certains états qu'actuellement on range parmi les syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale (Magnan) ainsi que parmi les nombreuses obsessions et phobies. Il n'en est pas moins vrai que la « description métaphorique de l'obsession » telle que nous l'a laissée Lasègue « prétente un réel intérêt et

(1) *Etud. méd.*, I, p. 774.

(2) Vaschide et Vurpas, Le vertige mental de Lasègue, *Revue de psychiatrie*, novembre 1902, Paris, Doin.

apporte une contribution importante à l'analyse et à la connaissance de ce trouble pathologique. La comparaison de l'état mental de l'obsédé avec celui du sujet atteint de vertige permet de mieux pénétrer ce qu'est l'obsession, et en quoi elle consiste » (1).

J'ai cité textuellement une grande partie de la monographie parce que l'observation clinique est si précise et la trame si serrée en sa forme qu'elle échappe le plus souvent à l'analyse. « A mesure qu'on lit, tout s'éclaire, et chaque chose, déjà vaguement entrevue, se dégage comme si la découverte vous appartenait à vous-même. C'est, à l'aube matinale, la lumière indécise d'abord, où les objets sont noyés dans une brume légère ; puis l'ombre se dissipe peu à peu, les formes s'accusent, et, distinctement, on voit, on comprend ; on éprouve cette indéfinissable jouissance que donne à l'intelligence, aux sens ravis, la perception nette d'un ensemble harmonieux et vrai » (2).

(1) Vaschide et Vurpas, *loc cit.*

(2) A. Motet, *Eloge du professeur Lasègue.*

V

« La veüe des angoisses d'aultruy m'angoisse matériellement.
« Un tousseur continuel irrite mon poumon et mon gosier. »

(Montaigne).

La folie a deux.

C'est en 1846 qu'Hoffbauer, dans un journal viennois, publie le premier article que l'on connaisse sur « l'infection psychique » (1).

En 1848, Poilroux (in *Annales médico-psychologiques*) publie un mémoire sur un cas d'aliénation « se déclarant subitement et sans cause apparente chez tous les membres de deux familles composées de 13 individus condamnés finalement comme simulateurs ».

Morel (2) parle volontiers de « contagion mentale ».

En 1857, Baillarger observe quatre cas de folie communiquée (3), et quelques observations sont, ça et là, relatées par Moreau (de Tours), Dagron et Maret dans sa thèse.

Mais le premier travail vraiment important sur la question est, sans conteste, le mémoire de Lasègue qui, pour la circonstance,

---

(1) J. Sorel, *Contribution à l'étude de la Folie à deux. Rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux*. Thèse, Bordeaux, 1900 et A. Vigouroux et P. Juquelier, *La contagion mentale*, Paris, Doin, 1905.

(2) Morel, *raité des maladies mentales*. Paris, V. Masson, 1860.

(3) Baillarger, *Gazette des hôpitaux* 1869.

s'est adjoint J. Falret, et qui est publié dans les *Archives* de septembre 1877 sous le titre de « La Folie à deux » (1).

Les auteurs établissent, en quelques lignes, que, en dépit de l'opinion courante, l'aliénation n'est contagieuse que pour « les prédisposés en quête d'une occasion » et que « le prosélytisme, quand il s'agit d'idées étranges auxquelles répugne la « raison, n'est pas une œuvre facile ».

Si donc la vie commune avec les aliénés peut être nuisible, et, en fait, elle l'est souvent, ce n'est pas en vertu d'une contagion du délire.

« L'assistant ne se résigne pas d'emblée à subir le fait accompli ; il espère qu'une éclaircie permettra à la raison de ressaisir son pouvoir, et, fort de cet confiance, il entame l'éducation du malade. L'insuccès l'irrite ou le décourage ; il surmène sa force de résistance et l'épuise. Quand cette scène de tentatives se prolonge avec les perplexités qu'elle entraîne, les caractères fortement trempés sont les seuls qui n'en subissent pas la fâcheuse influence. Plus les liens qui attachaient l'assistant à l'aliéné sont étroits, plus le zèle est ardent et la fatigue considérable. En revanche, les indifférents échappent à la fois à ce travail inutilement douloureux et à ses conséquences.

« Les choses se passent ainsi dans la supposition d'un délire absolu en regard d'une intelligence correcte. C'est heureusement la condition la plus fréquente, mais *il existe des cas où la scission entre l'aliéné et ceux qui vivent dans sa familiarité n'est pas aussi formelle.* »

C'est à ces faits exceptionnels qu'est consacrée l'étude de Lasègue et Falret. Le problème, alors, offre à considérer « deux termes entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif ; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence.

(1) 42 pages (*Etudes médicales*).

« Seul, livré à ses instincts pathologiques, l'aliéné est relativement facile à examiner ; il a le goût, l'appétit même d'énoncer les idées qui l'obsèdent, ou il se résout à un mutisme systématique qui n'est pas moins significatif. Une fois qu'on a pénétré dans la place, elle est d'autant plus aisée à explorer qu'elle est moins ouverte au monde extérieur.

« Il en est tout autrement de son complice involontaire et inconscient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à faire aux objections des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il échappe. Ses convictions demi-morbides, demi-motivées, sont loin d'avoir l'assise inébranlable des conceptions délirantes. C'est tout un travail d'enquête psychologique de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident.

« A un autre point de vue, l'aliéné subit la pression de celui qui s'associe à ses divagations, les encourage, les coordonne et les adapte plus ou moins à la vraisemblance. Pour que cette solidarité, dont ni l'un ni l'autre n'est conscient, s'établisse, il faut un concours de circonstances dont il n'est pas impossible de se rendre compte.

« L'aliénation brutale, en dehors des possibilités, ne sollicite pas et n'obtiendra jamais l'adhésion des assistants ; par contre, les délires qui côtoient la vérité ont d'autant plus de chance d'acquiescement, qu'ils s'accommodent mieux à un sentiment, ou, comme auraient dit les théologiens, maîtres en casuistique morale, qu'ils flattent davantage une conscience humaine.....

« Si le malade se maintient dans le monde des conjectures et des interprétations, si les faits qu'il invoque appartiennent au passé ou ne sont que des appréhensions pour l'avenir, le contrôle

direct devient impossible. Comment prouver à un autre et à soi-même que l'événement, dont l'aliéné raconte les détails avec une prolixité persuasive, n'a pas eu lieu ? La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes ni lacunes ; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout, à l'exclusion des idées maladives. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

« L'assistant ne consent néanmoins à se laisser convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement : or, les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraînement sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance. L'un et l'autre n'emprunte aux réalités présentes qu'un point de départ : leur domaine vrai est dans l'avenir, et partant dans l'inconnu. Autant il est facile à un homme d'acquérir la certitude que vous n'êtes pas riche, autant il lui est malaisé de garantir que vous ne le deviendrez pas... « La conformité d'idées répond à une conformité de sentiments, toutes les fois qu'il s'agit d'un possible, et que la raison ne se révolte pas. Or, les aliénés, dont les conceptions délirantes se dépensent en prévisions inquiétantes ou consolantes, sont, en somme, ceux qui se rapprochent le plus de l'état physiologique. On pourrait, par des graduations insensibles, marquer le passage des simples dispositions de caractère à la folie, en commençant par les gens craintifs, ou enclins à d'infatigables espérances, pour aboutir aux aliénés terrifiés, aux mélancoliques absorbés par une appréhension incessante, ou aux ambitieux à satisfactions toujours prochaines. Cette forme d'aspiration délirante n'éveille donc pas une répulsion, et, à ses degrés moyens, elle appelle moins la négation que le doute. Combien de fois le médecin, même expérimenté, se demande-t-il si l'entrée en matière n'a pas été un accident réel, au lieu d'être un événement chimérique, et hésite-t-il entre une exagération et une aberration sentimentale !

« Dans le délire à deux, l'aliéné, l'agent provocateur, répond, en effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir. La première condition est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation ; la seconde, qu'il vive en relation constante avec le malade ; la troisième, qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre quel qu'il soit ; on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé. »

Suivent huit longues observations où sont successivement envisagées chacune de ces importantes données.

Enfin, bien que ce soit, peut-être, « commettre la faute d'un observateur qui croirait faire connaître les aventures d'une exploration poursuivie dans des terres inconnues en énonçant les points de départ et d'arrivée, et les étapes intermédiaires, » Lasègue et Falret croient devoir terminer leur travail par les conclusions suivantes :

« 1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit, de même que la contagion des idées délirantes est très rare d'un aliéné à un autre aliéné.

« 2° La contagion de la folie n'est possible que dans des conditions exceptionnelles que nous venons d'étudier sous le nom de « folie à deux ».

« 3° Ces conditions spéciales peuvent être résumées ainsi :

« *a*) Dans la folie à deux, l'un des deux individus est l'élément actif ; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second, qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit, peu à peu, la pression de son congénère, tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur

devient alors commun, et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

« *b*) Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallèlement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent, pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

« *c*) La troisième condition, pour que la contagion du délire soit possible, c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance ; qu'il se maintienne dans les limites du possible ; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir ; cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre.

« 4° *La folie à deux* se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

« 5° Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme ; mais on l'observe aussi chez l'homme.

« 6° On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité comme cause prépondante, lorsqu'il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille, comme la mère et la fille, les deux sœurs, le frère et la sœur, la tante et la nièce, etc. . Mais cette cause ne peut plus être invoquée dans le cas où il n'existe entre les deux malades aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

« 7° L'indication thérapeutique principale consiste à séparer l'un de l'autre les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux

peut guérir, surtout le second, quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire.

« 8° Dans la plupart des cas, le second malade est moins fortement atteint que le premier. Il peut même quelquefois être considéré comme ayant subi une simple pression morale passagère, et comme n'étant pas aliéné, dans le sens social et légal du mot. Il n'a pas alors besoin d'être séquestré, tandis que l'on fait enfermer son congénère.

« 9° Dans quelques cas rares, la pression morale exercée par un aliéné sur un autre individu plus faible que lui peut s'étendre à une troisième personne, ou même, dans une mesure plus faible, à quelques personnes de l'entourage. Mais il suffit alors presque toujours de soustraire l'aliéné actif à ce milieu qu'il a influencé à divers degrés, pour que l'entourage abandonne peu à peu les idées fausses qui lui avaient été communiquées. » (1)

Depuis le mémoire de Lasègue et Jules Falret, définitif sur bien des points, nombreux sont les travaux que l'on compte sur la folie communiquée.

En 1880, Régis, dans sa thèse (2), arrive aux conclusions suivantes :

Comme l'ont fait observer Baillarger et Lunier, il faut distinguer dans ce qu'on a décrit sous le nom de « folie à deux », les cas où un seul sujet est aliéné, l'autre ne passant pas les limites d'une crédulité plus ou moins absurde, des cas, à la vérité plus rares, où les sujets sont, tous deux, franchement aliénés.

Quelles sont les différences entre ces deux ordres de faits bien distincts ?

« 1° Dans les premiers, il y a communication des idées délirantes d'un sujet à l'autre.

(1) *Etud. méd.*, I, p. 764.

(2) Régis, *La Folie à deux*. Thèse, Paris, 1880.

Les cas se résument ainsi :

« *a*) Un individu jouit normalement sur un autre individu d'une autorité intellectuelle et morale incontestable.

« *b*) Ces deux individus vivent en contact plus ou moins intime.

« *c*) L'organe actif, devenu aliéné, communique une partie de son délire à l'organe passif.

« *d*) Entre les deux existe toujours une ligne de démarcation infranchissable. L'un est aliéné, au sens social et légal du mot, l'autre ne l'est pas.

« *e*) L'organe passif ne tarde pas à se débarrasser de ses idées fausses dès qu'il se trouve soustrait à l'influence de celui qui les lui avait communiquées.

«2° Dans les seconds,il n'y a point communication,il y a simultanéité du délire chez les deux sujets.

« Ces cas se résument ainsi :

« *a*) Deux individus sont héréditaires, c'est-à-dire prédisposés à la folie.

« *b*) Ils vivent en contact intime et perpétuel.

« *c*) Des influences occasionnelles surviennent qui, agissant à la fois, au même moment et de la même façon, sur ces deux individus, les rendent fous simultanément.

« *d*) Ils sont ordinairement atteints au même degré.Ils ont exactement le même délire, les mêmes hallucinations, le même langage pathologique.

« *e*) La séparation n'a, généralement, aucune influence heureuse sur leur état mental.

« *f*) Ces derniers cas constituent, seuls, la vraie folie à deux qui peut, en conséquence, être définie ainsi :

« Une folie partielle, ordinairement de persécution, survenant *simultanément* chez deux individus prédisposés, et cela, en vertu : 1° de cette prédisposition morbide. 2° du contact intime et

perpétuel dans lequel ils vivent ; 3° d'influences occasionnelles qui agissent à la fois sur eux et jouent à l'égard de la production de leur délire, le rôle de causes déterminantes (1).

En 1881, Marandon de Montyel (2) distingue : 1° la folie imposée ; 2° la folie simultanée ; 3° la folie communiquée ou folie induite.

En 1884, Ball publie une note où il relate quelques observations de « folie gémellaire ».

La même année, Knittel, reprenant les types de Marandon de Montyel, démontre que ces types ne sont point absolument distincts et qu'entre eux se placent de nombreux cas de transition.

En 1888, Pagès publie, dans les *Annales médico-psychologiques*, quatre observations de folie communiquée et explique cette contagion psychique par le pouvoir persuasif de l'aliéné vis-à-vis du sujet passif.

En 1892, Pronier, de Genève, dans sa thèse sur la contagion de la folie, distingue les folies imposées et les folies communiquées, et ces deux catégories de faits ne sont pour l'auteur que deux phases d'une même maladie qui se développe d'autant mieux que le terrain est plus préparé (folies impressionnantes et folies convaincantes).

Un an après, Arnaud (de Vanves) reprend à nouveau la question ; il accepte les trois types cliniques de Marandon de Montyel en en élargissant un peu le cadre, d'après trois observations personnelles :

a) Folie imposée (type Lasègue-Falret).

b) Folie simultanée (type Régis).

c) Folie communiquée.

La folie imposée et la folie communiquée ne se distinguent,

(1) Régis, *loc. cit.*

(2) Marando de Montyel, Contribution à l'étude de la folie à deux. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1881.

d'ailleurs, que par l'intensité de la transmission et la persistance, dans la seconde, du délire chez le sujet passif, après la séparation des deux sujets.

Puis se succèdent les travaux d'importance variable, de Roller, de Westphal (infection psychique), de Kowalewsky (1), de Proal (double suicide d'amour), de Baumann qui publie l'observation de trois frères atteints, ensemble, d'accès de manie avec idées religieuses.

Sorel, en 1900, dans une thèse inspirée par Régis (2), conclut que « dans la folie simultanée, l'imitation qui semble ne point exister se trouve pourtant sous la forme de mimétisme ou imitation inconsciente ; que c'est par l'imitation la plus franche et la plus classique que se propagent toutes les folies communiquées, que la folie gémellaire « se classera d'une façon plus rationnelle dans le cadre des maladies mentales familiales que parmi les folies à deux ; que le traitement de la folie à deux est d'abord dans tous les cas, la séparation des co-délirants, et, secondairement, la cure du terrain hystérique chez les sujets que frappent les folies impressionnantes ».

En 1903, enfin, Arnaud, dans son article du *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, résume les données acquises à la science, en faisant judicieusement remarquer que le premier travail d'ensemble, « d'un caractère vraiment scientifique, sur la genèse et la nature de la folie à deux », et qui a inspiré la plupart des travaux ultérieurs, est la monographie due à la féconde collaboration de Lasègue et Falret.

---

(1) Kowalewsky, *Revue de psychiatrie*, avril 1897.

(2) Sorel, *Contribution à l'étude de la folie à deux*, etc... Thèse Bordeaux, 1900.

Faculté de Médecine de Paris

Paris le 11 mai 1896,

Monsieur le Doyen,

La mort de notre regretté collègue, M. le Professeur Bérier, peut entraîner quelques mutations dans le Service des cliniques de la Faculté

Attaché, comme Professeur à l'Hôpital de la Salpêtrière, j'ai l'honneur de vous informer que je tiens à continuer mon enseignement au même hôpital et que je tiendrai au droit que me donnerait l'ancienneté, à un changement

Veuillez agréer, Monsieur le Doyen, l'assurance de mes dévoués sentiments

Ch. Ladreyt

VI

Mais quand parut le mémoire, aujourd'hui classique, sur la « folie à deux », Jules Falret était médecin de Bicêtre et Lasègue n'était plus dans la chaire du cours complémentaire des maladies mentales et nerveuses, où nous l'avons laissé.

Le 9 février 1867, il succédait à Andral (1), qu'il avait, par deux fois, suppléé dans sa chaire de pathologie et thérapeutique générales, sacrifiant, nous dit Motet, « ses préférences aux intérêts de l'Ecole ».

Deux ans après, le 11 décembre 1869, Lasègue, était nommé professeur de clinique médicale à la Pitié (2), à la place du professeur Béhier. Il était, désormais, dans son milieu préféré, sur le vrai terrain de la clinique. « Il s'adaptait à une scène moins vaste que le grand amphithéâtre de l'Ecole, mais il voulait être, et il était en communication plus intime avec ses auditeurs. Ce qu'il recherchait surtout, c'était d'être utile, et, dans son cours, d'où il écartait systématiquement toute solennité, il pensait tout haut, sans recherche vaine, disant les choses comme il fallait les dire pour qu'elles pénétrassent aisément dans l'esprit des élèves, ne craignant pas, dans cet enseignement familier, « d'user des hardiesses du langage », et ne reculant pas devant la brutalité de l'expression, frappant ainsi un coup décisif, mais le frappant juste .. (Eloge de Trousseau). Ce qu'il voulait encore,

(1) C'était, dit Corlieu, de Lasègue, « un maître remarquable, ayant une instruction profonde, la facilité d'élocution et la netteté de Trousseau, le débit clair, imagé, souvent original, trouvant toujours le mot pour exprimer sa pensée, d'une grande droiture de caractère . » (A. Corlieu, *Centenaire de la Faculté de Paris*, 1794-1899,).

(2) C'est Jaccoud qui devait lui succéder le 6 octobre 1883.

c'est qu'on s'approchât de lui avec confiance ; il aimait, au lit du malade, à faire jaillir des idées ; sous une apparente brusquerie, il cachait le bienveillant intérêt que lui inspirait un jeune travailleur, et quand il avait découvert en lui de l'intelligence, des aptitudes, il stimulait son zèle, il lui montrait la route à suivre, et n'était jamais plus heureux que quand il pouvait dire : « J'ai allumé chez lui le feu sacré ! »

« Où il excellait, c'était dans les causeries familières, au milieu de la salle, au cours de la visite ; ce qu'il n'avait pu dire au lit du malade, il le disait avec une originalité saisissante, il provoquait les réflexions des élèves, il jouissait avec une spirituelle malice de leur embarras ; et, pour ne pas le prolonger, il parlait alors ; ses improvisations, nées au hasard d'une occasion clinique étaient étincelantes de verve, ses auditeurs gardaient le souvenir des faits présentés sous cette forme qui avait d'autant plus de relief qu'elle était plus primesautière » (1).

Les leçons que nous ont pieusement transmises ses élèves, qu'il s'agisse du rhumatisme (2), de la sciatique (3), de la goutte,

(1) Motet, *Eloge du professeur Lasègue*.

(2) « Qu'est-ce, en somme que le rhumatisme ? Je me suis bien souvent posé cette question sans avoir pu encore, dans l'état actuel de nos connaissances, la résoudre d'une manière satisfaisante. Une définition, selon moi, est encore impossible. Il s'agit ici jusqu'à présent d'une maladie sentimentale, d'une maladie de flair, d'un de ces états pathologiques se terminant en *isme* qui, comme le nervosisme, l'herpétisme, sert à désigner une disposition générale et spéciale de la santé antérieure à la manifestation morbide.... « Le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les méninges même, mais il mord le cœur. » (Rhumatisme. Leçon recueillie et rédigée par le Dr Legroux, *Etud. méd.*, II, p. 659.)

(3) Lasègue croit pouvoir établir deux variétés de sciatique. L'une, secondaire dans son invasion, rapide dans sa marche, plus aisément curable et probablement de nature rhumatismale. L'autre, plus conforme, dans son évolution, à l'hypothèse de Cotugno, indécise à son début, lente dans ses progrès, entraînant la flaccidité et l'atrophie musculaires, caractérisée en outre par des symptômes qui lui sont propres, et infiniment plus durable et plus rebelle. Donc, Lasègue distingue déjà la sciatique-névralgie de la sciatique-névrite (*Etud. méd.*, II, p. 303).

de la chorée, de la migraine ou de simples données cliniques telles que l'onanisme, la constipation (1) ou la séméiologie de la langue (2), sont des modèles de langage vif, imagé, pittoresque, de gauloiserie fine, de bonhomie gouailleuse et sceptique, et surtout de clarté, de concision, d'observation sagace et d'esprit alerte. Lasègue était, d'ailleurs, capable de haute éloquence et l'éloge qu'il prononça à la Faculté le 14 août 1869, à l'occasion de la mort de son maître Trousseau, est un des plus beaux morceaux oratoires, où l'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de l'éclat de l'expression ou de la noblesse de la pensée.

« Quand Trousseau, tout jeune homme, partit avec ses compagnons pour le champ d'épidémie de Gibraltar, quand il allait courant les campagnes de la Touraine en compagnie du croup, dont il savait, du reste, la virulence contagieuse, il eût trouvé bien étrange qu'on songeât à l'en glorifier »....

Et l'exorde si souvent cité :

« L'obligation traditionnelle à laquelle je ne me soumets pas,

(1) Il y a deux constipations : la constipation horaire, qui est apparente, manifeste pour le malade, et la constipation quantitative qui est latente et dont le malade ne se rend pas compte.....

« L'intestin est une contrée de travail où les marchandises ne font que passer : c'est un chemin avec un départ et une arrivée : si les matières fécales progressent simplement avec plus de lenteur qu'à l'état normal, on a la constipation : mais s'il survient un arrêt absolu dans la marche des matières, on a la rétention qui peut être complète ou incomplète. Incomplète, elle se confond avec ce que j'ai appelé la constipation quantitative (*Etud. méd.*, II, p. 388).

(2) La langue se rattache à une de ces investigations chimiques d'une douteuse correction auxquelles la clinique nous a forcément habitués. Si le chimiste juge de la nature d'un corps à analyser par des réactions où la couleur, la quantité du précipité lui fournissent ses deux premiers indices, le clinicien procède de même en empruntant ses renseignements à la coloration de la langue, à l'épaisseur et à la consistance de l'enduit qui la recouvre, à son étendue, à sa persistance. Ce ne sont rien moins que des signes réputés pathognomoniques, la pire de toutes les données. La langue ne dénonce pas la maladie, mais l'état du malade qui en est atteint » (*Etud. méd.*, I, p. 347).

mais que j'accueille avec reconnaissance, « me fait un devoir de vous entretenir d'un maître dont la mémoire est présente et vivace, d'un homme auquel ma vie est reliée par une attache que l'ingratitude seule aurait pu rompre, d'une des gloires médicales de la Faculté. Sous cette robe qu'il me léguait en mourant comme un témoignagne de son insatiable amitié, il me semble, ainsi que disait Montaigne, que je suis revêtu de son souvenir, et qu'une fois encore, il lui est donné de revivre et de me soutenir de son encouragement affectueux »...

Et cette généreuse profession de foi :

« L'indépendance et l'humilité, voilà d'abord les pierres de

TROUSSEAU

touche du médecin. L'indépendance, parce que responsable devant la conscience, il n'a en dehors de ses pairs et de lui-même, à attendre de personne un conseil, un appui, encore moins à subir un ordre. L'humilité, parce que la tâche est pressante et que la lutte qu'il soutient excède incessamment les forces de son zèle...

« C'est une grande bravoure de courir au-devant du danger, mais c'est un plus sublime effort de l'attendre froidement,dignement, quand on sait que pas une chance n'atténue la menace, quand on calcule jour par jour le progrès de la déchéance et qu'on sourit tristement aux siens en les consolant et en leur permettant de vous consoler »...

Et n'est-il point facile d'imaginer l'émotion d'un auditoire profondément touché,quand Lasègue finit par la péroraison suivante :

« Pour moi, pardon si je m'oublie à ces réminiscences dont vous m'en voudriez de me défendre, il me semble que je lui dis adieu pour la seconde,hélas ! pour la dernière fois. Son souvenir se détache de ma pensée,comme s'il ne m'appartenait plus, pour devenir le vôtre. Je vous le lègue afin qu'il fructifie.

« Puisse son nom rester comme un symbole de l'amour passionné du devoir médical et de la foi convaincue dans la médecine.Qu'autour de l'école, dont il fut un des glorieux représentants se groupent tous ceux qui ont à cœur d'allier la pensée à l'action, la pratique à la science, et la science au dévouement » (1).

Aux acquisitions rapides et purement professionnelles du *realschulisme*, Lasègue préférait le développement régulier et intégral de l'intelligence et pensait que « ce qu'il y a de plus précieux et de plus profitable, *c'est d'apprendre à apprendre* ». Cependant, il ne néglige jamais rien pour l'instruction professionnelle de ses élèves, et Hanot (2) nous raconte qu'il les conduisait lui-même, chaque fois qu'il le jugeait nécessaire, dans les asiles d'aliénés, à l'école vétérinaire d'Alfort, dans les gymnases ou dans les établissements hydrothérapiques, etc....., partout, enfin, « où il pensait que l'étudiant aurait chance de recueillir *de visu* quelques notions profitables ».

(1) *Etud. méd.*, I, p. 161.
(2) *Loc. cit.*

C'était, d'ailleurs, l'occasion de leçons comme Lasègue les savait improviser ; et si elles ne nous ont pas été transmises, la traduction du *Traité de la goutte* de Sydenham (partie descriptive) (1), ainsi que les brochures sur la « Technique de la palpation, de la percussion et de l'auscultation » (2), sont là pour attester les éminentes qualités de Lasègue professeur, et son amour profond de l'enseignement.

Il se disposait à prendre sa retraite, épuisé par un mal qui le minait depuis longtemps déjà (3), quand s'ouvrit le concours d'agrégation à la Faculté de médecine. La présidence lui en était offerte. Il revint de Cannes, où il se soignait, pour accepter ce qu'il « considérait comme le couronnement de sa vie universitaire » (Hanot). Malgré les progrès d'une maladie désormais irréductible, pendant les quatre mois que dura le concours, « son esprit ne perdit rien de sa vaillance, comme son cœur rien de sa bonté. Il n'eut qu'un instant de désespoir apparent : ce fut le soir même où l'on proclama la liste des candidats nommés » (4). Ses collègues remerciaient leur président et ils lui souhaitaient un prompt retour à la santé ; à la pensée qu'il ne reverrait plus cette Faculté qui se montrait à lui pour la dernière fois dans une de ses solennités, son courage stoïque l'abandonna et il eut peine à retenir ses larmes. Et quand il rentra dans son autre famille, pour

(1) « Cette admirable monographie (celle de Sydenham) m'a fourni le texte de quelques leçons cliniques et j'ai pensé qu'il serait plus utile à mes élèves de mettre à leur disposition le texte original que les commentaires » (Lasègue).

(2) « La tendance trop commune à réduire l'auscultation aux phénomènes maxima et à éliminer les bruits supposés accessoires, etc... comme insignifiants, est pernicieuse, et c'est surtout en vue de la combattre que ce recueil de conseils techniques est rédigé » (Lasègue).

C'est dans le même petit traité technique que Lasègue préconise l'usage de diagrammes ou schèmes qu'on peut colliger en dossier bien autrement facile à dépouiller que les observations écrites.

(3) Le diabète sucré.

(4) Hanot, Quinquaud, Hutinel, A. Robin.

la première fois, d'ailleurs cette fois seulement, il ne put cacher sa douleur. Néanmoins, le lendemain, il voulut encore recevoir les uns après les autres les candidats nommés, leur faisant part, dans une longue séance, des remarques qu'il avait faites à leur propos pendant le concours et leur donnant ses conseils pour l'avenir. Je ne sais par quel prodige de volonté il s'était transfiguré, pour ainsi dire, et avait retrouvé sa physionomie, sa voix, son « esprit des meilleurs jours (Hanot) ».

Ce fut le chant du cygne. Lasègue mourait, peu de temps après, le 20 mars 1883.

Il repose maintenant à Châtillon-sous-Bagneux (1). De son blanc tombeau qu'auréole et abrite un cercle de lierre touffus, émerge son rude profil de Gaulois de Paris. Il semble regarder la Ville où il naquit et où il connut les plus beaux et les plus justes succès.

(1) Il y a une rue Lasègue à Châtillon.

CONCLUSION

J'ai essayé d'évoquer, comme il convenait, la grande figure de Charles Lasègue.

Au cours de ce travail analytique, je n'ai pas craint de multiplier les citations textuelles, car un commentaire, même détaillé, n'eût point suffi à rendre la valeur d'une œuvre qui se lit, mais ne se résume pas.

J'ai apporté au Maître le légitime tribut d'un néophyte.

Avec les Sydenham, les Graves, les Bretonneau, les Trousseau, tous virtuoses de l'art clinique, les uns ses modèles et les autres ses maîtres, Lasègue est une des gloires de notre Panthéon médical.

S'il convient de ne pas méconnaître l'universalité d'aptitudes d'un Maître qui se défendit toujours d'être spécialiste et s'occupa tour à tour, et avec succès, de philosophie, d'histoire de la médecine, de pathologie générale, de thérapeutique et de clinique générale, il est juste de dire que Lasègue fut, surtout, un grand aliéniste.

Ses études de prédilection, la tournure de son esprit et de son talent firent de lui un inimitable psychiâtre, et le « Délire de persécution », l' « Alcoolisme subaigu, la « Folie à deux », les « Exhibitionnistes » et d'autres travaux encore, garderont son nom de l'oubli.

Vu :
Le Président de la Thèse,
GILBERT BALLET

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

LISTE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX DE CH. LASÈGUE

Origines de l'école psychique allemande. — Stahl (en collaboration avec Morel), *Annales médico-psychologiques*, janvier 1884.

Ecole psychique allemande. — Heinroth (en collaboration avec Morel), *Ann. méd.-psych.*, juillet et septembre 1844.

Ecole psychique allemande. — Langermann et Ideler, *Ann. méd.-psych.*, juillet 1845.

De Stahl et de sa doctrine médicale. Thèse doctorat, Paris, 1846.

Des coliques hémorrhoïdales, *Journal de médecine*, 1845.

De l'emploi du sel marin dans quelques affections gastro-intestinales, *Journal de médecine*, 1846.

Questions de médecine mentale ; du traitement moral, *Ann. méd.-psych.* de mai 1846 à mai 1847.

De quelques établissements d'aliénés dans la Russie occidentale, *Ann. méd.-psych.*, juillet 1848.

De la marche du choléra dans la Russie méridionale, *Arch. gén. de médecine*, septembre 1848.

De la crâniomalacie des enfants, *Archives*, février 1850.

Sur la nature et le traitement des intoxications alcooliques aiguës, *Archives*, juillet 1850.

De l'anatomie pathologique du crétinisme, *Archives*, août 1851.

Du délire de persécution, *Archives*, février 1852.

Sur une forme d'atrophie partielle, trophonévrose de Romberg, *Archives*, mai 1852.

Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright, *Archives*, octobre 1852.

De l'alcoolisme chronique, *Archives*, janvier 1853.

Recherches sur la maladie de Bright, *Archives*, novembre 1853.

De la paralysie générale progressive. Thèse d'agrégation. Paris, Labé, 1853.

De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques, *Archives*, avril 1854.

De la toux hystérique, *Archives*, mai 1854.

Des catalepsies partielles et passagères, *Archives*, avril 1855.

De la gymnastique médicale, *Archives*, mai 1855.

Recherches récentes sur le tœnia, *Archives*, septembre 1855.

Les maladies des capsules surrénales, *Archives*, mai 1856.
Le typhus en Silésie, *Archives*, juillet 1856.
Du rhumatisme noueux et de son traitement par l'iode, *Archives*, sept. 1856.
Du rationalisme en thérapeutique, *Archives*, décembre 1856.
Matériaux pour servir à l'histoire de l'ergotisme convulsif épidémique, *Archives*, 1857.
Etude nosologique sur le typhus et la fièvre typhoïde, *Archives*, mars et avril 1857.
Des gangrènes curables du poumon, *Archives*, juillet 1857.
De la thrombose et de l'embolie, *Archives*, octobre 1857.
De l'école physiologique allemande, *Archives*, novembre 1858.
De la théorie cellulaire dans ses rapports avec la pathologie générale, *Archives*, mai 1859.
Lettre au professeur Virchow, *Archives*, mai 1860.
Le vitalisme en Amérique, *Archives*, novembre 1860
Du sclérème des adultes, *Archives*, décembre 1861.
R.-J. Graves, *Archives*, avril 1862.
P. Bretonneau, *Archives*, novembre 1862.
De l'état actuel de la science sur la trichinose de l'homme, *Archives*, décembre 1862.
De la maladie des trichines, *Archives*, avril 1864.
Etude sur la responsabilité légale des aliénés, *Archives*, juin 1864.
Considérations sur la sciatique, *Archives*, novembre 1865.
Etude clinique sur l'épidémie actuelle de choléra asiatique, *Archives*, novembre 1865.
De la médication hypodermique, *Archives*, janvier 1866.
De quelques ouvrages récents sur la dyspepsie, *Archives*, juin 1866.
De la polyurie (diabetes insipidus), *Archives*, juillet 1866.
De l'état de l'hydrothérapie en France, *Archives*, octobre 1866.
L'école de Halle (*Conférences historiques faites pendant l'année 1865 à la Faculté de médecine* et publiées chez Germer Baillière, 1866).
Sur un cas de péritonite chronique, *Archives*, avril 1867.
Notice biographique sur le Dr Follin, *Archives*, juin 1867.
Théories récentes sur la goutte, *Archives*, juillet 1867.
De la logique scientifique et de ses applications médicales, *Archives*, juin 1868.
Traité des angines, 1868.
De l'organisme vivant et de ses propriétés, *Archives*, mai 1869.
De l'alcoolisme subaigu, *Archives*, novembre et décembre 1868 et juillet 1869.
Eloge de Trousseau, 1869. Séance de la Faculté.
De la fécondité dans ses rapports avec la prostitution, *Archives*, nov. 1869.
Des ferments et des fermentations morbides, *Archives*, mars 1870.
Des coliques hépatiques, *Archives*, octobre 1870.
L'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la Pitié (En collaboration avec Legroux), *Archives*, 1871.

Du traitement des maladies par l'eau froide, *Archives*, mai 1872.
Le Dr Louis et l'école médicale d'observation, *Archives*, octobre 1872.
Des intermittences cardiaques, *Archives*, novembre 1872.
De l'anorexie hystérique, *Archives*, avril 1873.
Morel ; sa vie médicale et ses œuvres, *Archives*, mai 1873.
De la migraine, *Archives*, novembre 1873.
La guerre de sécession aux Etats-Unis au point de vue médical et chirurgical (En collaboration avec le Pr Duplay), *Archives*, janvier 1874.
Des bains chauds, *Archives*, novembre 1874.
Symptomatologie et traitement du diabète, *Archives*, novembre 1875.
Etude sur la vie et les œuvres de Duchenne de Boulogne (En collaboration avec Straus), *Archives*, décembre 1875.
L'enseignement médical en France et à l'étranger, *Archives*, 1876.
Etude rétrospective sur la maladie de Werlhof, *Archives*, mai 1877.
De l'épilepsie par malformation du crâne, *Archives*, juillet 1877.
La folie à deux (en collaboration avec J. Falret), *Archives*, septembre 1877.
L'asile de Tain, *Archives*, décembre 1877.
Les exhibitionnistes (*Union médicale*, 1877).
Du vertige mental, *Académie de médecine*, 1878.
Des délires par accès au point de vue médico-légal, *Archives*, janvier 1878.
La bronchite albuminurique, *Archives*, janvier, avril, juin 1879.
Les troubles visuels de l'alcoolisme, *Archives*, septembre 1879.
Le vol aux étalages, *Archives*, février 1880.
Les cérébraux, *Archives*, avril 1880.
La pathogénie de l'épilepsie, *Archives*, juillet 1880.
La mélancolie perplexe, *Archives*, novembre 1880.
L'instruction préparatoire des étudiants en médecine, *Rev. scientifique*, 1880.
Technique de l'auscultation, Asselin, 1880.
Technique de la palpation et de la percussion (En collaboration avec Grancher), Asselin, 1880.
Le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve, *Archives*, nov. 1881.
Du braidisme, *Revue des Deux-Mondes*, 1881.
Le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation (En collaboration avec Regnauld), *Archives*, février 1862.
Note sur la séméiotique de la langue, *Archives*, mai 1882.
Dipsomanie et alcoolisme, *Archives*, septembre 1882.
Traduction du *Traité de la goutte*, de Sydenham, Asselin, 1882.
Enseignement médical, *Archives*, 1883.
4e édition du *Traité de l'auscultation de Laënnec* (dite Edition de la Faculté), de 1881 à 1883 (1).

(1) La plupart de ces travaux ont été rassemblés, sous le nom d'*Etudes Médicales*, 2 vol. in-8° (Paris, Asselin, 1884), par le professeur agrégé A. Blum, chirurgien des hôpitaux, gendre de Lasègue.

Quelques leçons ont été ajoutées : « De la chorée », « Des manifestations

En collaboration avec Trousseau.

Etudes thérapeutiques sur les eaux minérales des bords du Rhin, 1847.

De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge, *Archives*, octobre 1847.

Etude sur le rachitisme des enfants du premier âge, *Archives*, mai 1849.

Les maladies éruptives sans éruption, *Union médicale*, mai 1849.

Note sur la gangrène pulmonaire des enfants à la mamelle, *Union médicale*, mars et avril 1849.

De la diphtérie, *Union médicale*, mai 1849.

Traitement de la danse de Saint-Guy, *Union médicale*, juin 1849.

Rachitisme et ostéomalacie comparés, *Union médicale*, 27 juin, 4, 20 et 30 juillet 1850.

Du rhumatisme aigu qui se termine par suppuration, *Union méd.*, août 1850.

Diagnostic différentiel de la varicelle, *Union médicale*, septembre 1850.

De quelques signes stéthoscopiques dans leurs rapports avec la pneumonie des nouveau-nés, *Archives*, octobre 1850.

Du nasonnement et de la paralysie du voile du palais, *Union méd.*, oct. 1851.

De l'emploi des instruments de précision en médecine : spirométrie et thermométrie, 1856.

Du quinquina ; matière médicale et pharmacologie, 1856.

De l'état actuel des esprits relativement à la vaccine, 1858.

Recherches nouvelles sur le croup, 1858.

Recherches nouvelles sur les hydatides de l'homme, 1860.

Des névroses syphilitiques, 1861.

---

cérébrales de l'alcoolisme », « Des vertiges », « Le mal de tête », « De la spermatorrhée », « Sur la paralysie générale », « Hystéro-épilepsie », « Des bronchites », « Les pleurésies », « De la pituite », « Des coliques hépatiques », « Des maladies de l'estomac (Préface du traité de Brinton) », « Du rhumatisme », « De l'onanisme », etc..., etc...

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).